

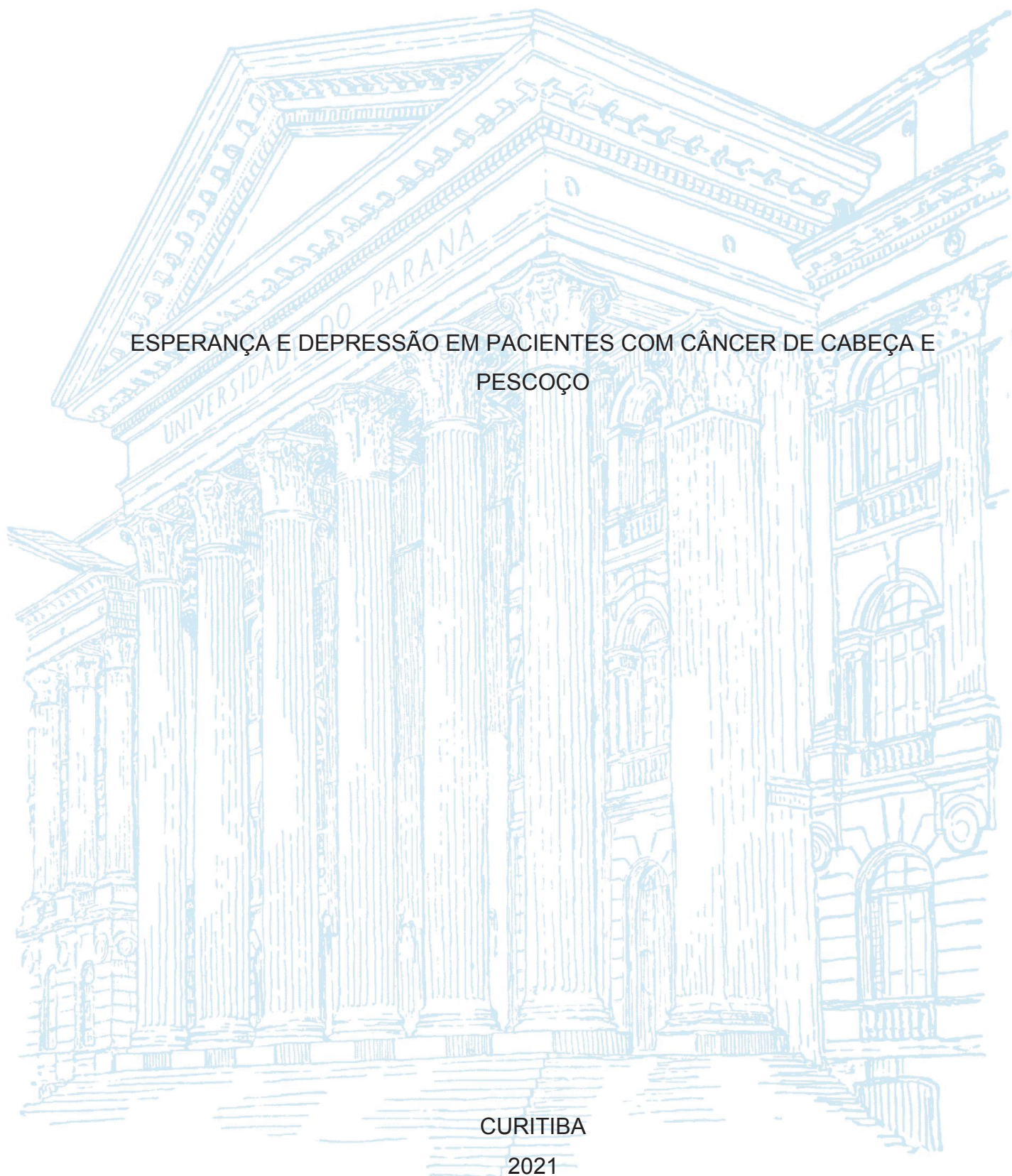
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MERCEDES NOHELY RODRIGUEZ TORREALBA

ESPERANÇA E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E
PESCOÇO

CURITIBA

2021



MERCEDES NOHELY RODRIGUEZ TORREALBA

ESPERANÇA E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E
PESCOÇO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Nen Nalú Alves das Mercês

CURITIBA

2021

Rodriguez Torrealba, Mercedes Nohely

Esperança e depressão em pacientes com câncer de cabeça e pescoço [recurso eletrônico] / Mercedes Nohely Rodriguez Torrealba – Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Nen Nalú Alves das Mercês

1. Neoplasias de cabeça e pescoço. 2. Pacientes. 3. Esperança. 4. Depressão. 5. Tratamento farmacológico. 6. Infecções por coronavírus. I. Mercês, Nen Nalú Alves das. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.994910231



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **MERCEDES NOHELY RODRÍGUEZ TORREALBA** intitulada: **ESPERANÇA E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO**, sob orientação da Profa. Dra. **NEN NALÚ ALVES DAS MERCÊS**, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 12 de Fevereiro de 2021.

Assinatura Eletrônica

30/03/2021 10:51:28.0

NEN NALÚ ALVES DAS MERCÊS

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

31/03/2021 07:53:07.0

JORGE VINÍCIUS CESTARI FELIX

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

30/03/2021 17:18:17.0

MARCIO ROBERTO PAES

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Av. Pref. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgef@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 86023

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 86023

Dedico este trabalho com todo o meu amor e gratidão à Petra Cecilia Rodríguez, (*in memoriam*), por me ensinar que tudo tem um porquê e que nada acontece por acaso, tudo o que eu fizer na vida será sempre pensando em você.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por seu amor infinito e suas bênçãos, por ser minha luz em cada um dos momentos difíceis, pelo crescimento que me proporcionou durante o mestrado, por me conceder força e sabedoria e tornar meu processo de adaptação um pouco mais leve e agradável.

À minha orientadora, Professora Dra. Nen Nalú Alves das Mercês, por quem tenho profunda gratidão e admiração, por sua paciência, dedicação e compreensão, por compartilhar seu conhecimento ao longo desta caminhada no processo de pesquisa e por seu apoio a cada orientação. Sua boa energia me permitiu seguir em frente e acreditar em mim.

Ao meu pai Rafael (*in memoriam*) e à minha mãe Yrma, por me motivar a ser melhor cada dia, por ser sempre uma fonte de inspiração, por cada conselho e por apoiar me em minhas decisões. Ao meu querido irmão Elvis, por me trazer até este maravilhoso país e me apoiar sempre, e aos meus irmãos Esneyder e Rafael, pela motivação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, à Coordenação e aos professores, pela oportunidade. Aos membros do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE), pelo companheirismo e contribuições.

Aos Enfermeiros Deny Kelson Vasques Pereira e Dra. Bruna Eloise Lenhari, pela ajuda na coleta de dados, sem vocês não seria possível realizar esta pesquisa. Obrigada pela gentileza e colaboração.

Ao Hospital Erasto Gaertner, que autorizou e disponibilizou o espaço para a pesquisa.

Aos membros da banca, por aceitarem o convite e por cada contribuição.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes, pelo suporte financeiro na concessão de bolsa.

“A realidade é meramente uma ilusão, apesar de
ser uma ilusão muito persistente.”

Albert Einstein

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi avaliar a esperança e a depressão maior em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, do tipo observacional e analítico, vinculado a um projeto maior denominado: construindo processos de cuidado na interface do cuidar em situações de enfermidade grave, da linha de pesquisa de Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, conduzido no ambulatório do Serviço de Cabeça e Pescoço, de um hospital oncológico situado na cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. A amostra por conveniência foi composta por 60 pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico. A coleta de dados ocorreu entre maio e setembro de 2020, com a aplicação de questionário sociodemográfico e clínico elaborado pela autora, *Patient Health Questionnaire-9*, para avaliar a depressão maior e a Escala de Esperança de Hert. Utilizou-se para analisar os dados a estatística descritiva, teste não paramétrico de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e a Correlação de Spearman. Os resultados mostraram que 61,7% dos pacientes eram do sexo masculino, com idade variando de 34 a 80 anos; diagnóstico de câncer localizado na cavidade oral (53,3%), laringe (33,3%), orofaringe (5,0%) orofaringe e nasofaringe (8,3%); 28,3% relataram ter histórico de depressão. Na análise de correlação dos escores do *Patient Health Questionnaire-9* com o sexo, obteve-se média de $7,7 \pm 6,2$ com nível maior de depressão nas mulheres do que nos homens. A média do escore de esperança no sexo masculino foi de $41,6 \pm 2,4$ e no sexo feminino $40,8 \pm 4,0$, não apresentando significância estatística nesta correlação ($p=0,662$). Entretanto, durante a pandemia, 35% ($n=21$) dos participantes manifestaram sentimentos de angústia, ansiedade e medo, sendo este último predominante; ao associar o escore do *Patient Health Questionnaire-9* com estes sentimentos, obteve-se média de $8,2 \pm 6,2$ ($p=0,123$). Houve significância estatística entre esperança e o número de filhos ($p=0,034$), verificou-se que os participantes com três filhos ou mais, obtiveram maior escore de esperança. Na associação das variáveis escolaridade com o escore do *Patient Health Questionnaire-9*, observou-se que a maior depressão estava presente nos participantes com maior nível de escolaridade, obtendo o valor de significância de $p=0,019$. Conclui-se que a utilização de ferramentas que mensurem os níveis de esperança do paciente em tratamento quimioterápico e/ou

radioterápico, fornecem as profissionais de saúde suporte para a implementação de ações direcionadas para o enfrentamento da doença e minimização de sintomas depressivos dessa população.

Palavras-chave: Neoplasias de Cabeça e Pescoço. Pacientes. Esperança.

Depressão. Tratamento farmacológico. Infecções por Coronavírus.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate hope and major depression in patients with head and neck cancer undergoing chemotherapy and/or radiation therapy. This is a quantitative, observational and analytical study, linked to a larger project called: building care processes at the interface of care in situations of serious illness, from the research line of the Care Process in Health and Nursing, conducted at the Head and Neck Service outpatient clinic of an oncology hospital located in the city of Curitiba, Paraná, Brazil. The convenience sample consisted of 60 patients with head and neck cancer undergoing chemotherapy and / or radiotherapy. Data collection took place between May and September 2020, with the application of a sociodemographic and clinical questionnaire prepared by the author, Patient Health Questionnaire-9, to assess major depression and the Hert Hope Scale. Descriptive statistics, non-parametric Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis and Spearman's correlation were used to analyze the data. The results showed that 61.7% of the patients were male, with ages varying from 34 to 80 years old; diagnosis of cancer located in the oral cavity (53.3%), larynx (33.3%), oropharynx (5.0%) oropharynx and nasopharynx (8.3%); 28.3% reported having a history of depression. In the correlation analysis of the Patient Health Questionnaire-9 scores with sex, an average of 7.7 ± 6.2 was obtained with a higher level of depression in women than in men. The average hope score in males was 41.6 ± 2.4 and in females 40.8 ± 4.0 , with no statistical significance in this correlation ($p = 0.662$). However, during the pandemic, 35% ($n = 21$) of the participants expressed feelings of anguish, anxiety and fear, being fear one of the predominant feelings expressed when associating the score of the patient health questionnaire-9; Obtaining an average of 8.2 ± 6.2 ($p = 0.123$). There was statistical significance between hope and the number of children ($p = 0.034$), it was found that the participants with three children or more, obtained a higher hope score. In the association of the education variables with the score of the Patient Health Questionnaire-9, it was observed that larger sings of depression were found in the participants with a higher level of education, obtaining the significant value of $p = 0.019$. It is concluded that the use of tools that measure the patient's hope levels in chemotherapy and / or radiotherapy treatment, provide health professionals with support for the implementation of actions aimed at coping with the disease and minimizing depressive symptoms in this population.

Key-words: Head and Neck Neoplasms. Patients. Hope. Depression.
Pharmacological Treatment. Coronavirus Infections.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - PRINCIPAIS SÍTIOS ANATÔMICOS DO CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE CABEÇA E PESCOÇO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.....	36
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - FÁRMACOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DE DEPRESSÃO.

CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 202047

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.	66
TABELA 2 -	DADOS CLÍNICOS DOS PARTICIPANTES. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.....	68
TABELA 3 -	TRATAMENTOS REALIZADOS PELOS PARTICIPANTES PARA O CÂNCER E DEPRESSÃO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.....	69
TABELA 4 -	AUTORRELATO DOS SENTIMENTOS DOS PARTICIPANTES FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.	69
TABELA 5 -	DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.	70
TABELA 6 -	AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE IDADE E RENDA MENSAL INDIVIDUAL E FAMILIAR COM OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.	72
TABELA 7 -	AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE SEXO FEMININO E MASCULINO E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.....	72
TABELA 8 -	AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE NÚMERO DE FILHOS E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.	73
TABELA 9 -	AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL ESCOLARIDADE E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.	74
TABELA 10 -	AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL RELIGIÃO E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.	76
TABELA 11 -	AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL ESTADO CIVIL E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.	76
TABELA 12 -	AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL OCUPAÇÃO LABORAL (AFASTADO PARA TRATAMENTO) E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.....	76

TABELA 13 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL OCUPAÇÃO LABORAL (APOSENTADO) E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.	77
TABELA 14 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL HISTÓRICO DA DOENÇA DE DEPRESSÃO E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.	78
TABELA 15 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL DIAGNÓSTICO ATUAL E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.....	78
TABELA 16 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL TRATAMENTO DE DEPRESSÃO E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.	79
TABELA 17 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL SENTIMENTO NA PANDEMIA E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.	80
TABELA 18 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL MEDO COMO SENTIMENTO NA PANDEMIA E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.	81
TABELA 19 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL MEDO COMO SENTIMENTO NA PANDEMIA E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.	81
TABELA 20 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL TRATAMENTO ONCOLÓGICO ATUAL E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.	81

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - CORRELAÇÃO ENTRE ESCORES EEH E PHQ-9. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.	71
GRÁFICO 2 - COMPARAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE FILHOS COM O ESCORE EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.	74
GRÁFICO 3 - COMPARAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL ESCOLARIDADE E O ESCORE DE PHQ-9. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.....	75
GRÁFICO 4 - AVALIAÇÃO DA COMPARAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL AFASTADO PARA TRATAMENTO E O ESCORE PHQ-9. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.....	77
GRÁFICO 5 - COMPARAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL TRATAMENTO DE DEPRESSÃO E O ESCORE PQH-9. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.	80

LISTA DE SIGLAS

ADTs	- Inibidores não seletivos de recaptura de monoaminas
ASCO	- <i>American Society of Clinical Oncology</i>
AJCC	- <i>American Joint Committee on Cancer</i>
ACS	- <i>American Cancer Society</i>
BDI	- <i>Beck Depression Inventory</i>
BVS	- Biblioteca Virtual em Saúde
CCP	- Câncer de cabeça e pescoço
CEC	- Carcinoma espinocelular
CECS	- Carcinomas de células escamosas
CID	- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos
CINAHL	- <i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
COVID-19	- <i>Corona Virus Disease 2019</i>
DNA	- <i>Deoxyribonucleic Acid</i>
DSM	- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
DSM-IV	- <i>Mini Plus</i>
DSM-5	- <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – fifth</i>
EEH	- Escala de Esperança de Herth
EBP	- <i>Espteins-barr</i>
EBADEP-A	- Escala Baptista de Depressão - versão Adulto
EADS	- Escala de Ansiedade, Depressão e Stress
FHCQ	- <i>Faith Hope and Charity Questionnaire</i>
GAD-7	- Transtorno Geral de Ansiedade
GHQ-SIV	- <i>General Health Questionnaire</i>
HADS	- <i>Hospital anxiety and depression scale</i>
HAM-D	- <i>Hamilton Depression Rating Scale for Depression</i>
HPV	- Papiloma vírus humano
HEG	- Hospital Erasto Gaertner
HHI	- <i>Hearth Hope Index</i>
HHS	- <i>Herth Hope Scale</i>
NCI	- <i>National Cancer Institute</i>

NMRI	- Ressonância magnética nuclear
IARC	- Agência Internacional do Câncer
INCA	- Instituto Nacional do Câncer
IMAOs	- Inibidores de monoaminoxidase
LPCC	- Liga Paranaense de Combate ao Câncer
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Panamericana da Saúde
PET	- Tomografia por emissão de pósitrons
PHQ-9	- <i>Patient Health Questionnaire – 9</i>
PHQ-9	- Questionário sobre Saúde do Paciente
PRIME-MD	- <i>Primary Care Evaluation of Mental Disorders</i>
PUBMED	- National Library of Medicine
SARS CoV-2-	<i>Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2</i>
SUS	- Sistema Único de Saúde
SSRIs	- <i>Selective serotonin reuptake inhibitors</i>
SBCO	- Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
SEOM	- <i>Sociedad española de oncología Médica</i>
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UICC	- União Internacional Contra o Câncer

LISTA DE SÍMBOLOS

*	- asterisco
\pm	- desvio padrão
=	- igual
\geq	- igual ou maior
\leq	- igual ou menor
>	- maior
+	- mais
®	- marca registrada
<	- menor
%	- percentagem
R\$	- reais

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	22
1	INTRODUÇÃO	25
2	OBJETIVOS E HIPÓTESES	31
2.1	OBJETIVO GERAL.....	31
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
2.3	HIPÓTESE	31
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	32
3.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO	32
3.2	EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER.....	34
3.3	FATORES DE RISCO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO	35
3.4	OS CÂNCERES DE CABEÇA E PESCOÇO.....	36
3.4.1	Câncer da cavidade oral.....	36
3.4.2	Câncer da laringe	37
3.4.3	Câncer da orofaringe.....	38
3.4.4	Câncer nasofaríngeo	38
3.5	ESTADIAMENTO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO.....	39
3.6	CONTEXTUALIZAÇÃO DA DEPRESSÃO	41
3.6.1	Impacto da depressão no paciente oncológico.....	42
3.6.2	Abordagens terapêuticas da depressão	45
3.7	CONTEXTUALIZAÇÃO DA ESPERANÇA	48
3.7.1	Impacto da esperança no paciente oncológico.....	49
3.8	CONTEXTUALIZAÇÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA PELA COVID-19: OS EFEITOS NO PACIENTE ONCOLÓGICO	52
4	MATERIAIS E MÉTODOS	56
4.1	TIPO DE ESTUDO	56
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	57
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	58
4.4	SELEÇÃO E RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES	59
4.5	COLETA DE DADOS.....	59
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	62
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	62

5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	64
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES	64
5.2	CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS PARTICIPANTES	67
5.3	AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA PANDEMIA NOS PARTICIPANTES.....	69
5.4	AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO (PHQ-9) E DA ESPERANÇA (EEH).....	70
5.4.1	Avaliação dos escores PHQ-9 e EEH.....	70
5.4.2	Análise de fatores associados aos escores EEH e PHQ-9 – variáveis quantitativas	71
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	82
7	LIMITAÇÕES	91
8	CONCLUSÃO.....	92
	REFERÊNCIAS	94
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	113
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO.....	116
	ANEXO 1 – INSTRUMENTO PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9), VERSÃO EM PORTUGUÊS	117
	ANEXO 2 – ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH (EEH), VERSÃO EM PORTUGUÊS	118
	ANEXO 3 – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP	119

APRESENTAÇÃO

O câncer é uma das doenças mais estudadas, vivenciadas e rejeitadas no mundo ao longo da história. Existem mais de 100 tipos diferentes de câncer, cada um com características clínicas e biológicas diferentes, além de ser um problema de Saúde Pública complexo. Com o passar dos anos tem surgido muitas contribuições na literatura, com diversas pesquisas a respeito da doença, na tentativa de encontrar uma saída desse labirinto, mas infelizmente, ainda sem sucesso.

O câncer é uma doença que desde criança me despertou enorme curiosidade, por ser imprevisível e transformador na vida das pessoas. Eu tinha 10 anos quando vi pela primeira vez alguém ficar doente e morrendo pela doença, desde então, eu disse que seria oncologista. Aos 15 anos, observei de perto a doença, cuidei de uma paciente com câncer de mama metastático durante três anos, lembro-me que ela dizia que aquele seria meu primeiro estágio, e de certa forma foi, aprendi aferir os sinais vitais, trocar curativos, cilindro de oxigênio, controlar o sistema de drenagem Peur-evac®, entre outros. Eu não só aprendi sobre a doença e sobre os cuidados, mas também sobre a importância da esperança para esses pacientes, pois no meu ponto de vista, a esperança permitiu que ela enfrentasse seus medos, aliviasse sua dor e sustentasse o sorriso todos os dias.

Em minha experiência profissional como médica interna do Serviço de Clínica Médica do Hospital Dr. Placido Daniel Rodriguez Rivero, na Venezuela, tive a oportunidade de desenvolver habilidade profissionais em um período de sete meses. Parte de meu trabalho diário era fazer a história clínica dos pacientes oncológicos, acompanhar a evolução, terapêutica e alguns casos cirúrgicos. Lembro-me de que a maior parte de meus pacientes eram hemato-oncológicos, o que fez minha experiência desafiadora. O ambiente sempre estava carregado de muita adrenalina, pois manter os níveis hematológicos controlados era um trabalho árduo. O hospital tem seus protocolos, e uma das normativas era que os pacientes que necessitavam de transfusão sanguínea, deveriam levar doadores, mas nem sempre o número de doadores eram suficiente, e alguns pacientes, simplesmente não tinham ninguém.

Portanto, os desafios eram muitos em razão da falta de recursos, e muitas complicações surgiam ao longo do processo da doença, sendo o mais viável recorrer a outro hospital vizinho para buscar medicamentos. Mas nem sempre tive sorte. A reanimação cardiopulmonar acabava sendo somente um protocolo e muitas

vezes os dias terminavam em frustração. Olhar a situação de piora do hospital onde permaneci por quase quatro anos, durante minha formação, me fez desistir, pois, estar em um lugar onde todos estão cientes dos fatos, mas que ninguém fazia nada para mudar, não é algo encorajador. São muitas as batalhas internas e externas que vivencia um profissional da área da saúde na Venezuela, experimentando sensações que definem sua própria existência, na tentativa de aliviar a dor, o sofrimento, a angústia e o medo, com a única intenção, de preservar a vida, sempre que for possível.

Pouco tempo depois de haver colocado minha carta de renúncia no hospital, surgiu a oportunidade de fazer mestrado na Universidade Federal do Paraná - UFPR na linha de pesquisa "Processo do cuidado em saúde e enfermagem", que até este momento, foi a experiência mais enriquecedora da minha vida. O aprendizado tecnológico, científico, a inovação em ferramentas e técnicas educativas, o desenvolvimento da pesquisa, a essência da escrita acadêmica e cada conhecimento transmitido durante as disciplinas cursadas me fizeram sentir com sorte de fazer parte do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Nas salas de aula, as professoras sempre compartilhavam frases como "sua pesquisa deve ser a melhor da terra" (Metodologia da pesquisa), "sua escrita é a maneira como você se expressa ao mundo" (Tópicos especiais III - Redação e Publicação de Artigos Científicos), "não importa que você não entenda uma coisa, agora você sabe que existe e isso lhe dá mais um passo" (Tópicos especiais I - Epidemiologia e Câncer Ocupacional), frases que considerei inspiradoras.

Nesse contexto, sair da minha zona de conforto me fez crescer e refletir sobre muitos aspectos de minha formação e trabalhar com pesquisa oncológica não só me conforta, mas também me faz lembrar do motivo pelo qual escolhi fazer parte da equipe de saúde. A abordagem de questões como esperança e depressão, além de ser importante, nos permite ter uma visão mais abrangente do que o paciente oncológico realmente precisa.

Considero o câncer uma doença que deve ser vista com muito respeito e coragem, pois são muitos os enfrentamentos nas mudanças físicas e emocionais, os quais acontecem de forma repentina. Para o paciente com câncer enfrentar e superar o medo que o paralisa, o medo da morte e sentir que merece uma segunda chance de viver, é um desafio! Na guerra, a arma mais usada é a espada, na vida é a fé, e no câncer a arma essencial é a esperança.

No caso do câncer de cabeça e pescoço, trata-se de um dos cânceres mais chocantes, diferentemente de outros tipos de cânceres, pois altera a imagem física, a qual é tão sensível, que o ser humano fica perturbado, com pensamentos sobre como ela é vista pela sociedade e como ela se reflete no espelho. Nem todos conseguem alcançar isto, pois a autoestima está ligada principalmente à autoimagem, e considero que em algum momento de nossas vidas apresentamos problemas de autoestima. O que me faz pensar em como esse tipo de câncer pode ser devastador, não apenas pelo diagnóstico de ser uma das doenças mais mortais da história, senão pelas consequências físicas, como por exemplo, as alterações faciais, comprometendo as expressões e estética, as quais são a carta de apresentação de uma pessoa, outras alterações podem acontecer na fala, com a perda da voz, mecanismo fundamental para o trabalho e convívio, ainda, na pior das hipóteses, ambos podem ser afetados.

Pensando nisso, em razão da tristeza, sofrimento, desolação e desmotivação dos pacientes é que me surgiu o interesse em estudar o nível de depressão e encontrar nos pacientes uma esperança que permita ajudá-los no processo desta doença. O paciente oncológico precisa de esperança, motivação, acreditar nas possibilidades da vida, acreditar que existe uma força interior capaz de romper todo pensamento mau, haja vista que um espírito positivo ajuda o enfermo a sobreviver.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um grupo de mais de 100 doenças, descritas como o crescimento celular desordenado, nomeado como maligno, caracterizado por invadir tecidos e órgãos no processo de metástase. Em razão de sua divisão celular agressiva e incontrolável, é diferente de um tumor benigno, que corresponde a uma massa localizada de células que se multiplicam lentamente e se assemelham ao seu tecido original. Por ter origem monoclonal, o câncer é uma doença genética, determinada por mutações de genes e fenótipos. Tais alterações podem converter uma célula normal em uma célula transformada, isto significa que o fenótipo ao sofrer mutações é transmitido da célula alterada para as células filhas, iniciando o processo de proliferação (MARQUES, 2016), além disso, é classificado como uma doença crônica (PALECZNA, 2018).

O câncer de cabeça e pescoço tem sua origem geralmente nas células escamosas da superfície úmida da mucosa interna, podendo, se iniciar nas glândulas salivares, sendo classificado de acordo com a região da cabeça e pescoço, como cavidade oral, faringe, laringe, seios paranasais e glândulas salivares (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2017).

Na cavidade oral, o tumor afeta lábios e estruturas da boca. A maioria dos casos é diagnosticado em estágios avançados (INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER, 2020). O tipo histológico mais comum é o carcinoma de células escamosas, no entanto, 40% se iniciam no assoalho da boca e 30%, no lábio inferior (SCHIFF, 2018). A laringe é a segunda localização mais comum da via aérea superior e representa 2% de todas as neoplasias no mundo e cerca de 25% dos tumores desta área (INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER, 2020).

O principal tipo histológico é o carcinoma epidermóide, correspondendo a 95% dos casos (INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER, 2020). O carcinoma epidermóide de orofaringe tem aumentado em incidência desde a década de 1970, estando relacionado a alteração dos comportamentos sexuais e a infecções pelo papiloma vírus humano (HPV) envolvendo a base lingual e a amígdala. Cerca de 15 a 75% dos pacientes podem apresentar envolvimento linfonodal por ser um órgão extremamente rico em linfonodos (MARQUES, 2016; YAN; AGRAWAL; GOOI, 2018).

Os fatores de risco estão associados ao ambiente e ao estilo de vida, como o uso do tabaco e o consumo de álcool, além das infecções relacionadas aos subtipos das cepas oncogênicas do papiloma vírus humano (HPV-16 e HPV-18) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; THOME; GARCIA; CLARK, 2018). A exposição a agentes cancerígenos como pó de madeira, pó de couro, compostos de níquel, compostos de cromo entre outros, são considerados como fatores de risco ocupacional (MENSI et al., 2013).

O câncer de cabeça e pescoço é a sétima causa mais comum de câncer no mundo, e representa a oitava causa de mortes por câncer (MORENO, 2019). No Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, a perspectiva da incidência do câncer de cavidade oral será de 11.180 casos em homens e 4.010 em mulheres, e na laringe serão cerca de 6.470 em homens e 1.180 em mulheres. Os tumores de lábios, cavidade oral, faringe, laringe, cavidade nasal e tireoide são agrupados como cânceres de cabeça e pescoço e representam a segunda maior incidência nos homens brasileiros (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2020).

No Estado do Paraná, a estimativa de 2020 para o câncer de cavidade oral foi de 680 casos novos em homens e 230 em mulheres; para os tumores na laringe, estimou-se 370 casos novos nos homens e 100 nas mulheres para o estado todo. A estimativa para a cidade de Curitiba, foi de 70 casos em homens e 30 em mulheres, para o câncer de cavidade oral, e para os tumores de laringe 30 casos novos em homens e 20 casos em mulheres (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2020).

O risco de mortalidade em pacientes com câncer de cabeça e pescoço aumentou aproximadamente em 40% em áreas de alta incidência no ano de 2020, em razão da *Coronavirus disease - 19* (Covid-19), infecção originada pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS CoV-2). Os pacientes com câncer apresentam uma evolução clínica pior em comparação com outros pacientes com infecção por Covid-19 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA, 2020).

Em dezembro de 2019, foram registrados os primeiros casos de infecção provocados pelo novo coronavírus na China. A infecção rapidamente se disseminou, tornando-se uma pandemia. Quanto aos dados globais, para março 2021, houve 126,359,540 de casos confirmados de Covid-19 e 2,769,473 de mortes notificadas à Organização Mundial de Saúde (OMS) no mundo. No Brasil, foram registrados

12,404,414 de casos confirmados e 307,112 mortes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Nesse contexto, esta emergência de saúde mundial impactou nas atividades de centros e hospitais oncológicos. Os países adotaram diversos protocolos para o manejo dos pacientes com câncer infectados pela Covid-19. Observou-se que os pacientes oncológicos apresentaram maior risco de desenvolver infecção severa, especialmente com idade acima de 60 anos. No entanto, os pacientes com câncer têm três vezes maior possibilidade de se infectar, comparados com aquelas pessoas que sem a doença, o risco de infecção viral severa aumenta cinco vezes e o risco de óbito oito vezes na população oncológica (DENYS et al., 2020).

O risco de exposição à Covid-19 aumenta no paciente com câncer em razão do seu deslocamento para as consultas multidisciplinares, sessões diárias de frações de radiação ou quimioterápicas, que ocorrem em nível ambulatorial ou hospitalar. O tratamento oncológico pode aumentar o risco de complicações severas da Covid-19 (LIANG et al., 2020), pois os pacientes estão imunossuprimidos devido a doença e tratamento oncológico (SHANKAR et al., 2020).

Em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, a traqueostomia aumenta o risco de infecção pela Covid-19, de disseminação, de complicações respiratórias e de morte. Em razão disso os procedimentos no trato aerodigestivo superior deve ser feito após criteriosa análise do caso, preservando a proteção do paciente (CHAVES et al., 2020). Estudo desenvolvido na China mostrou que o risco de complicações severas da Covid-19 foi maior nos pacientes com câncer do que naqueles sem a doença (39% versus. 8%, $p = 0,0003$) (LIANG et al., 2020).

Estas complicações podem estar associadas as alterações que o paciente com câncer de cabeça e pescoço sofre, a saber: problemas na respiração, deglutição e comunicação verbal (PAULA et al., 2012). Os cânceres de cabeça e pescoço, de acordo com a localização, estadiamento e terapêutica, podem levar a alterações anatômicas e fisiológicas importantes, causando um impacto devastador na vida do paciente, tanto na dimensão física quanto emocional (DIOS; LESTÓN, 2010; BOSSI et al., 2019).

Na dimensão emocional, esse tipo de câncer tende a ser traumático (THOME; GARCIA; CLARK, 2018), pois afeta a pessoa em muitas áreas de sua vida (PALECZNA, 2018), que levam ao isolamento social (PAULA et al., 2012).

Estudo conduzido nos Estados Unidos acompanhou 55 participantes com tumor primário de cabeça e pescoço, do diagnóstico até dois anos, revelando em seus resultados que indicadores de sintomas depressivos estavam significativamente associados à piores resultados prognósticos e taxa de mortalidade de 33% (CASH et al., 2018).

A depressão é um transtorno mental e estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram desta condição, sendo ela a principal causa de incapacidade, o que contribui na carga global de doenças. As mulheres são mais afetadas do que os homens, e o transtorno pode apresentar-se de forma debilitante e potencialmente letal, sendo que a depressão grave pode levar ao suicídio (STRINGARIS, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). A interação entre fatores sociais, psicológicos e biológicos pode agravar o quadro de depressão e piorar a situação de vida da pessoa afetada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), a depressão é classificada de acordo com os sintomas como transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distímia), outros transtornos específicos ou inespecíficos, também por sua etiologia, como transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo decorrente de outra condição médica e transtorno depressivo induzido por medicamentos (CORYELL, 2018).

O impacto da depressão na qualidade de vida causa efeitos extenuantes nos pacientes com câncer (SHERRILL et al., 2017), sendo que os pacientes com câncer de cabeça e pescoço com sintomas depressivos maiores apresentam pior sobrevida global, com aumento no risco de interrupções do tratamento e pior resposta à terapêutica (ZIMMARO et al., 2018).

Os pacientes com transtorno depressivo maior experimentam estados emocionais disfuncionais e comprometimentos cognitivos, levando a problemas comportamentais, sociais e funcionais (RINALDI et al., 2019). Entre eles, o humor deprimido durante a maior parte do dia, diminuição acentuada do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades durante a maior parte do dia, ganho ou perda ponderal de peso ou diminuição e aumento do apetite, insônia ou hipersonia, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada, capacidade diminuída de pensar, concentrar-se ou indecisão. Os pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida com ou sem um plano específico para o intento (CORYELL, 2018).

A terapêutica para depressão pode melhorar o humor, diminuir a sintomatologia e melhorar o prognóstico relacionado ao câncer (SOTELO; MUSSELMAN; NEMEROFF, 2014). Nesse contexto, a esperança tem um impacto direto no bem-estar físico e psicológico, desde o aumento da tolerância ao estresse até a alteração dos hábitos de vida e do funcionamento imunológico (MAGNANO et al., 2019).

A esperança dá um sentido de competência pessoal, enfrentamento às situações do dia a dia, bem como habilidade, propósito, significado para a vida e sensação de possibilidades (MILLER, 1986), por meio de estratégia para o enfrentamento efetivo (HERTH, 1988; GUCLU, 2019).

Para Entralgo (1957), a esperança é uma oportunidade suprema, uma nova vida, um poder de ajuda algo transcendente que implica uma relação pessoal de entrega e confiança, abrindo para a totalidade da existência. A esperança pode ser caracterizada no dia a dia como uma probabilidade subjetiva de um bom resultado. A possibilidade subjetiva é um estado mental em que a probabilidade de um evento, conforme julgado pela pessoa, torna-se uma declaração de seu grau de crença (JAFARI et al., 2010).

Por isso que a esperança permite à pessoa lidar contra as fraquezas internas ou circunstâncias adversas da vida (MOROTE et al., 2017), impulsiona o ser humano, além disso, em pacientes que convivem com uma doença crônica como o câncer, ela permite que vivam de uma forma mais intensa, mesmo diante das adversidades impostas pelo curso da doença e do tratamento (SARTORE; GROSSI, 2008).

Estudo que abordou a ansiedade, a depressão e a esperança realizado no Instituto do Câncer e Hospital de Base da cidade de São José do Rio Preto, São Paulo, com amostra de 118 pacientes com diagnóstico de câncer durante a hospitalização e tratamento oncológico, avaliados pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e Escala de Esperança de Herth. Os resultados demonstraram que 27% dos pacientes apresentavam indicadores de depressão, 24% de ansiedade e 13% ansiedade e depressão, concomitantemente; e os indicadores de esperança, obtiveram uma média de 39,6. O estudo concluiu que níveis elevados de esperança em pacientes oncológicos diminuem a ansiedade e a depressão (GRANDIZOLI et al., 2017).

Algumas variáveis associadas à esperança foram identificadas nos estudos científicos, a saber: temporalidade e futuro, prontidão positiva, expectativa e interconectividade. Foram identificadas sete estratégias de desenvolvimento da esperança, a saber: conexão interpessoal, base espiritual, objetivos atingíveis, afirmação de valor, alegria, atributos pessoais e memórias edificantes. Enquanto abandono, dor incontrolável, desconforto e desvalorização da personalidade foram mencionados como fatores que dificultaram a esperança (HERTH, 1991).

Por fim, a equipe de saúde está em uma posição única para promover a esperança entre os pacientes, por meio da conexão interpessoal, sendo importante nutrir esperança, com habilidades de comunicação, ajudando os pacientes a ampliar seu repertório de enfrentamento (FELDER, 2004).

Diante do exposto, definiu-se para este estudo a seguinte questão norteadora: os pacientes com câncer de cabeça e pescoço apresentam depressão maior ou esperança durante o tratamento quimioterápico e/ou radioterápico?

O desenvolvimento deste estudo justifica-se pela escassez de dados nacionais sobre a depressão e a esperança dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, principalmente em momentos de situação sanitária mundial, como na pandemia da Covid-19, na intenção de contribuir com subsídios para a construção de conhecimento na temática aos profissionais da área da saúde.

2 OBJETIVOS E HIPÓTESES

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a esperança e a depressão maior em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em estadiamento T1 a T4 (a ou b) tratamento quimioterápico e/ou radioterápico durante a pandemia da Covid-19.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico do paciente com câncer de cabeça e pescoço;
- b) Identificar os níveis de depressão maior em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, pelo *Patient Health Questionnaire – 9*;
- c) Caracterizar a esperança dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, pela escala de esperança de Herth; e
- d) Correlacionar a esperança com a depressão em pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

2.3 HIPÓTESE

Foi definida como hipótese para este estudo:

- a) A pandemia da Covid-19 influenciou na esperança e na depressão dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo buscou-se a fundamentação teórica. A temática foi abordada inicialmente apresentando a contextualização do câncer de cabeça e pescoço, epidemiologia, fatores de risco, o câncer da cavidade oral, laringe, orofaringe e nasofaringe, estadiamento e tratamento, conceitualização da depressão e da esperança, finalizando com a conjuntura em tempos de pandemia por Covid-19.

O estado da arte foi definido a partir da consulta nas bases de dados e bibliotecas em saúde: National Library of Medicine (PubMed), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE), *Scientific Eletronic Library* (SciELO), SCOPUS, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), INDEX Psicologia, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Science Citation Index Expanded* (Web of Science), *OneFile* (GALE), *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Foram utilizados os descritores padronizados "*Head and Neck Neoplasms*", "*Neoplasias de Cabeza y Cuello*", "*Neoplasias de Cabeça e Pescoço*", "*Head and Neck Cancer*", "*Life Expectancy*", "*Esperanza de Vida*", "*Expectativa de Vida*", "*Depression*", "*Depresión*", "*Depressão*", "*Survivorship*", "*Stress, Psychological*", "*Patient Health Questionnaire*", "*Cuestionario de Salud del Paciente*", "*Questionário de Saúde do Paciente*", "*PHQ-9*", "*Escala de Esperança*", "*Escala de Esperanza*", "*Hope index*", "*Hope Scale*", "*Escala de Esperança de Herth*", "*Herth Hope index*". Também foram utilizados livros e dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), *International Agency for Research on Cancer* (IARC) e *Organización Panamericana de la Salud* (OPAS), *American Cancer Society* (ACS) e *National Cancer Institute* (NCI).

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

Nos escritos do pai da medicina, Hipócrates, que viveu entre 460 e 377 a.C., foi descrita a origem etimológica da palavra câncer, no grego *kapnivoc* (*karkinos*), que significa caranguejo. O câncer foi detectado em múmias egípcias e isso comprova que ele já existia no homem há mais de três mil anos a.C. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018).

O câncer de cabeça e pescoço, é uma doença que remonta às origens da raça humana (RAGHAV et al., 2011). Uma das provas vem de um fragmento de mandíbula humana fossilizado, provavelmente do período Pleistoceno da era Cenozóica (>500.000 anos atrás). O fóssil mostra uma lesão extensa e irregular, que se estende sobre as superfícies labiais na região da mandíbula *symphysis*, sendo considerado o mais antigo exemplo conhecido de um tumor na espécie humana.

Os registros mais antigos do câncer de cabeça e pescoço remontam a 1.600 a 1.550 a.C. em papiros, com descrição de tratamento de úlcera nas gengivas. Os egípcios parecem ter tratado o câncer de cavidade oral com uma mistura de canela, goma, mel e óleo. Por outro lado, Hipócrates (460 a.C.) tratou o câncer de face e lábio por excisão, Galeno (200 d.C.) defendeu a teoria humoral da doença e postulou que o câncer era uma doença sistêmica e, portanto, tinha que ser tratado sistemicamente (BUTTERFIELD, 1966).

Atualmente, o câncer é um grupo de mais de cem doenças (MUKHERJEE, 2012; MARQUES, 2016) e consiste em um crescimento descontrolado da célula, que pode invadir tecidos, órgãos e provocar metástase (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

O câncer de cabeça e pescoço se apresenta nas vias aéreas superiores, formadas pela cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, esfíncter superior do esôfago, esôfago cervical, ductos excretores da glândula salivar e ouvido médio. A parte respiratória é formada pelas fossas nasais, seios nasais e paranasais, nasofaringe, laringe, traqueia e glândula tireoide, pele, ossos do esqueleto facial, cartilagem e partes moles (GALLEGOS-HERNÁNDEZ, 2006; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018).

No processo de doença, as células passam por um período de crescimento, que difere do crescimento celular normal, formando novas células anormais, as quais se dividem de forma rápida, agressiva e se espalham para outras partes ou órgãos do corpo, levando a transtornos funcionais. Na formação do câncer, uma célula normal sofre mutação genética, o *deoxyribonucleic acid* (DNA) é alterado e recebe instruções erradas para realizar suas funções, às vezes, sofrendo mutações espontâneas, que não alteram seu desenvolvimento. Essas alterações podem acontecer só em genes especiais, os proto-oncogenes, que, a princípio, são inativados em células normais. Quando os proto-oncogenes são ativados, eles se

transformam em oncogenes, o que determina a malignização (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018).

3.2 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER

Segundo a Agência Internacional do Câncer (IARC), a estimativa de câncer no mundo para 2020 era de 18.989.634 novos casos, 9.966.913 em homens e 9.022.721 em mulheres, com 10.052.507 de óbitos. A incidência prevista até 2040 é de 29.532.994 novos casos, 16.014.743 em homens e 13.518.251 em mulheres, com 16.388.459 de óbitos (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2020). Esse panorama poderá ser modificado com medidas preventivas, mediante mudanças nos hábitos e no estilo de vida, utilização de vacinas, diagnósticos e tratamentos precoces (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

No continente americano, o câncer é a segunda causa de morte. Em 2018, foram registrados 3.792.000 novos casos, que correspondem a 21% do total mundial. Para 2030, a estimativa é que aumentará em até 32%. As taxas da incidência mais elevadas são observadas nos Estados Unidos, Canadá, Uruguai, Porto Rico, Argentina, Brasil, Cuba, Jamaica e Costa Rica (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2019). No Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 é de 625 mil novos casos de câncer para cada ano (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2020).

Em relação ao câncer de cabeça e pescoço, em 2018, foram registrados 1.454.892 novos casos, sendo a quarta causa mais comum do câncer, em homens foram registrados 796.946 casos e em mulheres 657.966 casos (GRUPO BRASILEIRO DE CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO, 2018). Observa-se que as taxas mais elevadas de mortalidade estão na Oceania, principalmente em Melanésia, região central do Europa, Ásia Sul Central, América do Sul e Caribe. A localização do câncer com maior taxa de mortalidade é na cavidade oral e lábios (CÁRCAMO, 2019).

3.3 FATORES DE RISCO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018), os fatores de risco podem ser classificados em dois grupos: os modificáveis, que são o uso de tabaco e álcool, no desenvolvimento do câncer de cavidade oral, faringe, laringe; os hábitos alimentares inadequados, sedentarismo ou inatividade física, agentes infecciosos como a exposição a vírus, principalmente o Epstein-Barr (EBV) e HPV; exposição à radiação ultravioleta, exposições ocupacionais, poluição ambiental, radiação ionizante; ingestão de alimentos contaminados, obesidade e situação socioeconômica.

Outros fatores considerados como cumulativos, são o uso de drogas hormonais, fatores reprodutivos e imunossupressão. Dentre os fatores não modificáveis, que não dependem do comportamento ou do estilo de vida, também denominados de fatores de risco intrínsecos, destaca-se a idade, quando avançada, pode ser suscetível ao desenvolvimento de câncer de cabeça e pescoço. Ressalta-se também o gênero, etnia/raça e herança genética ou hereditariedade, como fatores que influenciam o câncer de cabeça e pescoço (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018).

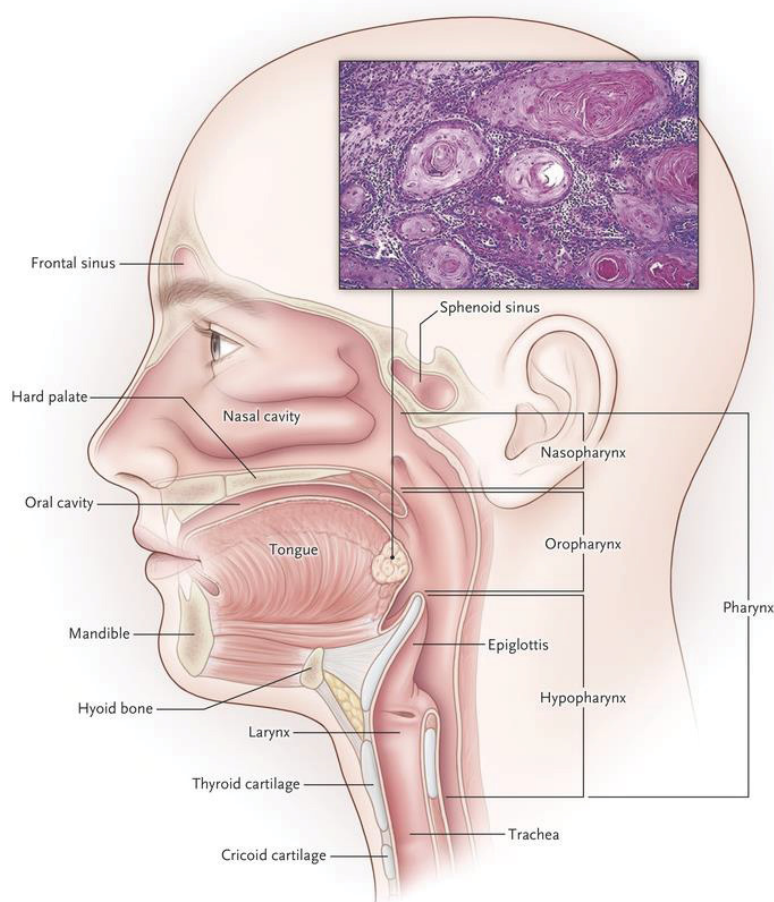
No câncer de cabeça e pescoço os fatores conhecidos são: a exposição crônica a agentes cancerígenos como tabaco ou álcool; presença do vírus HPV-16 e 18, que expressa a oncoproteína P no desenvolvimento de carcinoma da cavidade oral; e modificações genéticas e epigenéticas (LINGEN et al., 2013; GAŹDZICKA et al., 2020). O consumo de cigarro foi identificado como o principal fator não etiológico no desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço (SILVA et al., 2019).

Os tumores de nasofaringe e dos seios paranasais apresentam associação com o vírus Epstein-Baar (MARQUES, 2016). Além disso, fatores ambientais, com risco ocupacional, aumentam potencialmente o risco de carcinoma espinocelular (CEC) da laringe, como o amianto, hidrocarbonetos aromáticos policíclicos e poeira têxtil (PAGET-BAILLY; CYR; LUCE, 2012), pó de madeira e couro, compostos de níquel, cromo, entre outros (MENSI et al., 2013). Também foram observados fatores alimentares como o consumo da carne vermelha (GARAVELLO et al., 2009; DI MASO et al., 2013).

3.4 OS CÂNCERES DE CABEÇA E PESCOÇO

Os carcinomas de células escamosas de cabeça e pescoço se originam na mucosa de superfície de quatro sítios anatômicos principais: a cavidade oral, laringe, faringe e cavidade nasossinusal (CHOW, 2020). A Figura 1, mostra a localização anatômica dos principais locais de câncer.

FIGURA 1 - PRINCIPAIS SÍTIOS ANATÔMICOS DO CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE CABEÇA E PESCOÇO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



FONTE: CHOW (2020).

3.4.1 Câncer da cavidade oral

A cavidade oral é formada por lábios, palato duro e palato mole, trigono retromolar, dois terços anteriores da língua, gengiva, mucosa bucal e assoalho da boca (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2019). A maioria são carcinomas de células escamosas (CECs) e de células não escamosas de origem da glândula

salivar (KERAWALA et al., 2016). Por outro lado, a maioria dos carcinomas da cavidade oral são apresentados como úlceras ou massas (RETHMAN et al., 2010).

O câncer de lábio é o mais comum, 90% dos tumores acometem o lábio inferior, 7% o lábio superior e 3% a comissura oral. Além disso, os tipos histológicos mais comuns são o carcinoma espinocelular e o carcinoma basocelular. Desta forma, o exame clínico é importante para a identificação da lesão, a avaliação do tamanho e extensão para a indicação de exames de imagens como a tomografia computadorizada ou a ressonância magnética, permitindo, assim, o estadiamento deste tipo de câncer (KERAWALA et al., 2016).

Para investigação diagnóstica do câncer da cavidade oral, são utilizados: exames de imagens como tomografia computadorizada, ressonância magnética, corante azul de toluidina a 2% e citologias (MARQUES, 2016). Para identificação histocitológica, também são feitos biópsia e exame histopatológico, considerado o exame diagnóstico de certeza (YAN; AGRAWAL; GOOI, 2018).

3.4.2 Câncer da laringe

A laringe é formada por um arcabouço cartilaginoso denominado esqueleto da laringe e pela musculatura intrínseca (YAN; AGRAWAL; GOOI, 2018). Ela se situa na região infra-hióidea do pescoço entre a 4ª e a 6ª vértebras cervicais e tem três funções principais: esfinteriana, respiratória e fonatória. Além disso, é dividida em três partes: supraglote (acima das cordas vocais), glote (cordas vocais verdadeiras) e subglote (MARQUES, 2016).

Assim, a localização dos tumores pode variar entre estas três regiões. Aproximadamente 2/3 dos tumores surgem na corda vocal verdadeira, localizada na glote e 1/3 acomete a laringe supraglótica (acima das cordas vocais), sendo o tipo histológico mais prevalente, o carcinoma de células escamosas em mais de 90% dos pacientes (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2020).

Geralmente o paciente pode apresentar um quadro palpável de massa cervical. Os tumores glóticos tendem a ser diagnosticados precocemente por uma massa, além disso, podem causar rouquidão (CHI et al., 2007). Para seu diagnóstico, a laringoscopia pode ser feita em consultório, sendo possível a coleta de fragmentos de tumor para exame histopatológico. A biópsia pode ser feita com o

uso de endoscópios para determinar o melhor tratamento do ponto de vista oncológico (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2020).

3.4.3 Câncer da orofaringe

A orofaringe é formada pela base da língua, incluindo as pregas faringoepiglóticas, glossoepiglóticas, valécula e região tonsilar, que inclui as fossas tonsilares e os pilares anterior e posterior, palato mole, que inclui a úvula, paredes posterior e lateral da faringe (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2017).

O câncer da orofaringe pode comprometer a parte média e a parede da faringe, 15 a 75% apresentam envolvimento linfonodal, sendo, em alguns casos, associado ao HPV (MARQUES, 2016). A maioria são carcinomas de células escamosas e se caracterizam por ter estruturas finas e achatadas que revestem o interior da orofaringe. Para o diagnóstico, é feito o exame físico da boca e da garganta, além de exames como tomografia por emissão de pósitrons (PET), tomografia computadorizada e ressonância magnética nuclear (NMRI) (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2017).

Esses exames fazem uma série de imagens detalhadas de cabeça, pescoço, tórax e gânglios linfáticos, tiradas de diferentes ângulos, que ajudam no diagnóstico e no estadiamento do câncer orofaríngeo. Também pode ser feita biópsia nos fragmentos de tecido, através de procedimentos como endoscopia e laringoscopia, e se for encontrado câncer, recomenda-se o teste de HPV (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2017).

3.4.4 Câncer nasofaríngeo

A faringe é a parte superior da garganta, atrás do nariz e perto da base do crânio, sendo constituída por três partes: nasofaringe, orofaringe e hipofaringe. Tem a função da passagem do ar pela traqueia, dos alimentos pelo esôfago, e as narinas levam à nasofaringe, por outro lado, a exposição ao vírus EBV influencia o risco do câncer nasofaríngeo (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2020; NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2017).

Este tipo de câncer geralmente se origina nas células escamosas que revestem a nasofaringe. O carcinoma nasofaríngeo (NPC) é o mais comum. Nesse

contexto existem três tipos: carcinoma indiferenciado não queratinizante, carcinoma diferenciado não queratinizante e carcinoma de células escamosas queratinizante, havendo também outros tipos como os linfomas e os adenocarcinomas (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2020).

Para o diagnóstico, é necessário fazer o exame físico do nariz, boca e garganta, dos músculos faciais, dos gânglios linfáticos do pescoço e o teste de audição. Além disso, devem ser feitos procedimentos como biópsia, nanoscopia, endoscopia superior, testes de imagem como Raio X, tomografia computadorizada, tomografia por emissão de pósitrons, imagem de ressonância magnética, exame de sangue como hemograma e os testes para medir o nível de DNA do EBV no sangue (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2020; NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2017).

3.5 ESTADIAMENTO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

O sistema de estadiamento mais utilizado internacionalmente é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) - o sistema TNM de classificação de tumores malignos. Ele tem como objetivo caracterizar a extensão anatômica da doença, especificamente do tumor primário (T), também os linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N) e a presença ou a ausência de metástases a distância (M) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018). O sistema serve para orientar o gerenciamento do tratamento e o prognóstico do paciente, regido por sua categoria e critério (ETTINGER; GANRY; FERNANDES, 2018).

Na oitava edição do manual de estadiamento do carcinoma de câncer de cabeça e pescoço, surgiram algumas mudanças como um novo p16 + algoritmo de carcinoma orofaríngeo. O anexo de extra extensão nodal na classificação N e a profundidade do tumor na classificação T, com a finalidade de compreensão da etiologia e das características histológicas dos tumores, possibilitando uma abordagem mais personalizada (MONDEN et al., 2019; HIRSHOREN; WEINBERGER; ELIASHAR, 2020). Além disso nesta edição, estão envolvidas as seguintes regiões da cabeça e pescoço: lábio e cavidade oral, faringe, que destaca a orofaringe com p16 negativo e positivo, nasofaringe e hipofaringe, laringe supraglote, glote, subglote, cavidade nasal e seios paranasais, que incluem seio

maximal e etmoidal; carcinoma primário desconhecido que aborda nódulos cervicais, melanoma maligno do trato aerodigestivo superior, glândulas salivares principais e glândula tireóide (MONDEN et al., 2019). De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncologia (SBCO, 2020), o estadiamento TNM deve seguir os critérios da AJCC, sendo apresentada a classificação T para câncer da cavidade oral, orofaringe com HPV negativo e positivo, laringe e nasofaringe.

De acordo com o tratamento, as principais opções para pacientes com câncer de cabeça e pescoço incluem a cirurgia, radioterapia e quimioterapia (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018), além disso, segundo o *National Cancer Institute* (NCI), o tratamento também pode incluir terapia direcionada ou a combinação de terapias, as quais serão individualizadas e dependerão de cada paciente e de fatores como idade, tipo de câncer, localização e extensão (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2017).

No entanto, o Ministério da Saúde, com a Portaria nº 516, de 17 junho de 2015, estabelece as diretrizes terapêuticas no câncer de cabeça e pescoço. O principal tratamento é a cirurgia e a radioterapia visando à erradicação da doença no sítio primário e na rede de drenagem linfática próxima ao tumor (BRASIL, Ministério da Saúde, 2015).

Dessa forma, a terapêutica curativa tem a resseção cirúrgica como a principal modalidade usada para gerenciar a maioria dos cânceres orais, mesmo assim o tratamento eletivo do pescoço é indicado para qualquer tumor quando o risco de envolvimento nodal for maior que 20 %. Na cavidade oral, a radioterapia e a quimioterapia primária são menos utilizadas que em outros locais da cabeça e pescoço. A radioterapia geralmente não é recomendada como tratamento curativo primário (KERAWALA et al., 2016). Ela gera mucosite grave, o que afeta a nutrição do paciente, radiodermite na área irradiada e dor nos protocolos de altas doses de radiação (SHARMA et al., 2013). Por outro lado, pacientes positivos para HPV têm melhor prognóstico e são tratados de forma diferente dos pacientes com diagnóstico de câncer orofaríngeo com HPV negativo (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2017).

3.6 CONTEXTUALIZAÇÃO DA DEPRESSÃO

“Oh! se eu pudesse consolar-me na minha tristeza! O meu coração desfalece em mim” (Jeremias 8:18).

A depressão foi descrita pela primeira vez na Grécia antiga por Hipócrates no século V a.C. como melancolia; o espírito triste permanece sem razão, abatido e fixado em um mesmo pensamento (CUCHE; GERARD; APPENZELLER, 1994). Para Sigmund Freud (1856-1939), a melancolia é uma forma de luto, a perda de interesse pelo mundo externo. O ego se torna pobre e vazio (SOLOMON, 2014). Na antiguidade, relatos bíblicos e do Egito afirmam que os estados emocionais associados à depressão eram atribuídos a maus espíritos e surgiam como punição por desagradar entidades divinas, assim, a depressão é uma experiência universal humana registrada em papiros (QUEVEDO; SILVA; NARDI, 2019).

Etimologicamente, depressão tem origem no latim *depressio* e *depressus*. Nos tratados de Hipócrates, a origem da depressão estava baseada na teoria dos humores. Essa teoria se baseia nos quatro fluidos corporais, a bile amarela, fleuma, sangue e bile negra, sendo a depressão uma alteração desses humores (CORDÁS, 2002).

Na idade média no ocidente, todas as doenças estavam condicionadas a uma visão teológica imposta pela igreja. Os doentes com transtornos mentais eram vistos como possuídos por algo sobrenatural. A melancolia era considerada um afastamento de tudo o que era sagrado, também como um pecado, e algumas pessoas eram multadas ou aprisionadas por carregarem esse mal da alma (TIER et al., 2007).

No século XVIII, William Cullen (1710-1790), químico e médico escocês, sugeriu que no quadro de melancolia ocorreria uma alteração da função nervosa, não um desequilíbrio dos humores. Para Voltaire (1644 -1778), o melhor remédio para a depressão era o trabalho, por distrair os homens de sua depressão essencial (CORDÁS, 2002). Nas últimas décadas do século XVIII, no período do romanticismo europeu, a depressão é amada e desejada, as mentes se voltam para o sublime, magnífico e comovedor. Nos séculos XIX e XX, surgem a psiquiatria moderna e os novos conceitos da depressão (RAMADAM, 2005).

De acordo com o neuropsiquiatra austríaco Viktor Emil Frankl (1905-1997), o vazio existencial é um acontecimento difundido no século XX e pode ser conferido a uma dupla perda sofrida pelo ser humano, porém a depressão não pode ser entendida sem reconhecer o vazio existencial subjacente a ela. Além disso, o vazio existencial é considerado um estado de tédio e se entende por que Schopenhauer afirma que, a humanidade está predestinada a oscilar eternamente entre dois extremos - angústia e tédio (FRANKL, 2013). Na visão do filósofo Arthur Schopenhauer (1788 – 1860), a pessoa vive simplesmente porque tem um instinto básico (RAMADAM, 2005). Dessa forma, compreendemos que a depressão sempre esteve presente na vivência humana é o resultado do vazio existencial (CARRARA, 2016).

3.6.1 Impacto da depressão no paciente oncológico

A depressão é um transtorno psiquiátrico originado pela junção de fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos, por consequência, compromete a vida diária, afetando a capacidade de trabalhar, dormir, estudar e comer (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2018). Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram de depressão no mundo, ocorrendo com maior regularidade em mulheres do que em homens, sendo considerada uma das principais causas de incapacidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Segundo a descrição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – fifth* (DSM-V) a depressão maior se caracteriza por apresentar alterações constantes, como: sentir-se deprimido a maior parte do tempo e quase todos os dias; prazer diminuído em atividades que antes eram interessantes para o paciente; perda ou ganho de peso não intencional; falta de sono ou excesso de sonolência; problemas psicomotores, sendo agitação ou lentidão nos movimentos; fadiga anormal e frequente; falta de concentração; sentimento de culpa e inutilidade frequente; e, pensamentos de suicídio ou morte (CORYELL, 2018).

Com os avanços da ciência, a depressão foi associada a alterações da atividade do sistema imunológico, caracterizada por níveis elevados de citocinas pró-inflamatórias (ASSUMPÇÃO; GONÇALVES, 2011), também aos marcadores biológicos da depressão, direcionados ao nível de concentração dos neurotransmissores.

Posteriormente, foram estudados o sistema de receptores e os processos intracelulares na intervenção farmacológica. No entanto, dentro dos neurotransmissores, associados a causas da depressão, estão a serotonina, associada a sintomas como ansiedade, obsessões, compulsões, perda da motivação do prazer, a dopamina e sua má regulação e a norepinefrina, como o neurotransmissor envolvido na manutenção da motivação. No caso do paciente oncológico, a neurobiologia da depressão se associa a fatores específicos mediados por citocinas pró-inflamatórias, as quais são liberadas por células cancerosas em decorrência das reações agressivas inflamatórias, do dano tissular gerado pelo tratamento oncológico, e por um eixo hiperativo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) (POUSA et al., 2015).

Neste contexto, a depressão é um transtorno psiquiátrico comum em pacientes oncológicos, estando associada ao tipo de câncer, estágio da doença, tipo de tratamento e tempo de hospitalização (BOTTINO; FRÁGUAS; GATTAZ, 2009).

Estudo desenvolvido em um hospital da região Centro-Oeste de Minas Gerais, com 233 pacientes com câncer em tratamento adjuvante ou neoadjuvante, com objetivo de avaliar a ansiedade e depressão, a partir da *Hospital anxiety and depression scale* (HADS). Os resultados evidenciaram que mais de um quarto dos pacientes mostraram componentes de transtornos psicológicos: 31,33% com depressão e 26,18% com ansiedade; no grupo estudado, a depressão estava mais presente (FERREIRA et al., 2020). Dessa forma, o impacto da depressão no contexto do câncer de cabeça e pescoço pode ser um agravante para o paciente que enfrenta as complicações da doença e de seu tratamento. Os sintomas depressivos são comumente observados em doença grave e o paciente se sente impotente frente à sua nova condição como paciente oncológico (FURLANETTO; BRASIL, 2006; SOTELO; MUSSELMAN; NEMEROFF, 2014).

Geralmente os pacientes deprimidos com câncer apresentam exacerbação de sintomas físicos, prejuízos funcionais e menor adesão aos tratamentos propostos, o que piora a qualidade de vida, com pior prognóstico (FANN et al., 2008; JAYASEKARA et al., 2015). Em especial, os pacientes com câncer de cabeça e pescoço têm maior risco de sofrer estresse emocional do que aqueles com outro tipo de câncer. Ele sofre alteração na deglutição, olfato, respiração, fala, além disso, no pior dos casos, ocorre desfiguração facial durante o tratamento e curso da doença

(WU et al., 2016). A existência de depressão tem um comprometimento negativo na experiência da pessoa com a doença, o que destaca a importância de avaliar e diagnosticar a depressão em pacientes oncológicos (BERGEROT; LAROS; ARAUJO, 2014).

Atualmente é possível encontrar diversos instrumentos para avaliação da depressão, como o *Beck Depression Inventory* (BDI), Escala Baptista de Depressão - versão Adulto (EBADEP-A), os quais foram elaborados no Brasil. Outros instrumentos foram traduzidos e adaptados ao português como o *Hamilton Depression Rating Scale for Depression* (HAM-D) e o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), este último é o mais utilizado no Brasil. Há também a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS), a *General Health Questionnaire* (GHQ-SIV), *Mini Plus* (DSM-IV) e *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), instrumentos usados em adultos (BAPTISTA; BORGES, 2016).

Das escalas existentes, neste estudo optou-se pelo *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). O questionário foi desenvolvido e validado pelos doutores Robert L. Spitzer, Janet B.W Williams e Kurt Kroenke para a empresa Pfizer, tendo sido aplicado em 6.000 pacientes em oito clínicas de atenção primária, sete de obstetrícia e ginecologia, o que permite evidenciar sua validade (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001).

No Brasil foi validado por um grupo de pesquisadores de Pelotas, Rio Grande do Sul. Seu constructo possibilita identificar pessoas em risco de apresentar depressão. É composto por nove questões, que avaliam cada um dos sintomas para a depressão maior, descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. Os nove sintomas são: humor deprimido, anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas. É um teste simples, rápido, que pode ser aplicado pelo profissional de saúde (SANTOS et al., 2013), tendo os transtornos depressivos sensibilidade e especificidade de 92% (AZEVEDO MARQUES; ZUARDI, 2008). Cada um dos nove itens é pontuado pelo paciente em uma escala de *Likert*, com escore 0 (nada) a três (quase todos os dias), com pontuação total de 0 a 27 pontos. Um aumento do escore do PHQ-9 está associado a um grau de depressão (LUPASCU et al., 2019).

Estudo desenvolvido no Brasil, que comparou as vantagens e desvantagens psicométricas de instrumentos utilizados em serviços de oncologia, realizado com 200 pacientes com diagnóstico de câncer em tratamento quimioterápico, utilizando as escalas Ansiedade e Depressão (HADS), Transtorno Geral de Ansiedade (GAD-7) e Questionário sobre Saúde do Paciente (PHQ-9). Este estudo destacou que o PHQ-9 apresenta boas características psicométricas e é adequado para avaliação de depressão, além disso, apresenta índices de consistência interna, alto coeficiente de fidedignidade e evidência de validade discriminante na amostra estudada (BERGEROT; LAROS; ARAUJO, 2014).

Por consequência, como a depressão é uma comorbidade comum em pacientes com câncer, sendo importante avaliar os níveis da depressão, o questionário PHQ-9 tem altas propriedades discriminativas em termos de diferenciação de depressão leve, moderada e grave (VAN DER DONK et al., 2019). É um instrumento confiável e pode ser usado na prática clínica de rotina geral como ferramenta de triagem para a depressão em pacientes com câncer de cabeça e pescoço (OMORO et al., 2006).

3.6.2 Abordagens terapêuticas da depressão

A terapêutica antidepressiva com fármacos foi iniciada na década de 50 do século XX com a imipramina pelo psiquiatra suíço Roland Kunhum (SOUZA, 2013). Em 1969 e 1970, os farmacologistas russos Izyaslav P. Lapin e Gregory F. Oxenkrug propuseram a hipótese serotoninérgica da depressão, a qual sustentava que a presença de um déficit de serotonina na fenda sináptica em certas regiões do cérebro era uma das causas bioquímicas das síndromes depressivas (LÓPEZ-MUÑOZ; ALAMO, 2012).

Em 1974, de acordo com a hipótese serotoninérgica da depressão, pesquisadores patrocinados por uma indústria farmacêutica desenvolveram uma molécula que inibe de forma seletiva a ponte de recaptção de serotonina ISRS, o que permitiu a popularização do tratamento farmacológico da depressão (LÓPEZ-MUÑOZ; ALAMO, 2012).

Na sequência, vários grupos de fármacos foram desenvolvidos, entre eles: os tricíclicos inibidores não seletivos de recaptura de monoaminas (ADTs) imipramina, desipramina, clomipramina, amitriptilina, nortriptilina, doxepina,

maprotilina; e os inibidores de monoaminoxidase (IMAOs) iproniazida, isocarboxazida, tranilcipromina, fenelzina, brofaromina, moclobemida, toloxatona e befloxatona. Embora muito eficazes, esses fármacos apresentavam efeitos colaterais indesejáveis causados pela inespecificidade de sua ação farmacológica e eram potencialmente letais em casos de superdosagem (MORENO; MORENO; SOARES, 1999).

De acordo com o DSM-5, vários tipos de medicamentos podem ser usados para tratar a depressão, entre eles: inibidores seletivos da recaptação da serotonina (SSRIs), moduladores da serotonina (antagonistas do receptor 5-HT₂), inibidores da recaptação da serotonina-noradrenalina, inibidor da recaptação da noradrenalina-dopamina, antidepressivos heterocíclicos, inibidores da monoamina oxidase (MAOI), antidepressivo melatonérgico (CORYELL, 2018). O Quadro 1 apresenta os fármacos utilizados no tratamento da depressão.

Os antidepressivos têm a função de alterar os níveis de substâncias químicas no cérebro e afetam diretamente receptores celulares. Os nervos usam essas substâncias químicas para enviar mensagens uns aos outros, e o aumento delas ajuda a melhorar o humor. Os pacientes com câncer, em alguns casos, sentem desesperança e pode levar ao suicídio, e os antidepressivos ajudam a aliviar a depressão e seus sintomas (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2019).

Na abordagem não farmacológica, intervenções psicossociais como técnicas de relaxamento, terapia individual e em grupo contribuem para a redução dos sintomas depressivos (BOTTINO; FRÁGUAS; GATTAZ, 2009; GARCÍA; ALGAR, 2016). A opção da terapêutica psicológica é muito importante por fomentar um espaço livre para o paciente oncológico expressar sentimentos e percepções, dando, assim, lugar à subjetividade, permitindo que encontre estratégias de enfrentamento mais adaptativas para o diagnóstico, adoecimento e tratamento farmacológico (DUARTE; RODICZ, 2013).

No entanto, um estudo com 321 pacientes com câncer avançado revelou a importância significativa da psicoterapia centrada no significado individual. Foi feita uma comparação entre a psicoterapia de apoio e o cuidado usual aprimorado, o paciente experimentando sofrimento psicológico, como a depressão e a significância do tratamento psicoterapêutico, na melhora da qualidade de vida e na redução do sofrimento (BREITBART et al., 2018).

QUADRO 1 - FÁRMACOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DE DEPRESSÃO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

Inibidores seletivos da recaptação da serotonina	Antagonistas do receptor 5-HT ₂	Inibidores da recaptação da serotonina-noradrenalina	Inibidor da recaptação da noradrenalina-dopamina	Antidepressivo heterocíclicos	Inibidores da monoamina oxidase	Antidepressivos melatonérgico
Citalopram	Trazodona	Desvenlafaxina	Bupropiona	Amitriptilina	Fenelzina	Agomelatina
Escitalopram	Mirtazapina	Duloxetine	-	Imipramina	Tranilcipromina	-
Fluoxetina	-	Levomilnaciprano	-	Nortriptilina	Isocarboxazida	-
Fluvoxamina	-	Venlafaxina	-	Desipramina	-	-
Paroxetina	-	Vortioxetina	-	Tetracíclicos	-	-
Sertalina e Vilazodona	-	-	-	-	-	-

Fonte: Adaptado de Coryell (2018).

3.7 CONTEXTUALIZAÇÃO DA ESPERANÇA

A esperança que se retarda deixa o coração doente, mas o anseio satisfeito é a árvore de vida. (Provérbios 13:12).

Etimologicamente a palavra esperança tem sua origem no latim e é derivada de *Spes*, que significa confiança em algo positivo. A esperança é uma crença emocional (LOPES, 2019), e nos faz pensar na virtude, na fé e no amor (ROCHA, 2007).

A esperança, na concepção cristã, está nos quatro textos constitutivos do pensamento cristão de São Paulo, Santo Agostinho, Santo Tomás de Aquino e São João da Cruz. Para São Paulo, a esperança é uma oportunidade suprema, uma nova vida, uma visão do futuro com plenitude. O cristão a espera porque Deus é a verdade, numa relação de fidelidade, então Deus dá esperança gratuitamente (ESTRALGO, 1957).

No entanto, na perspectiva antropológica de São Agostinho, a esperança é relacionada com a memória e o tempo. A memória fundamenta o desejo da bem-aventurança. E Santo Tomás de Aquino articula a esperança com a teologia e a filosofia, unificando a esperança natural com a sobrenatural. A esperança como uma expectativa. E São João da Cruz concorda com Santo Agostinho sobre a esperança, que, em conjunto com a memória, é a esperança no sentido de esperar (ESTRALGO, 1957).

Na idade antiga, na Grécia, para Heráclito de Éfeso, filósofo pré-socrático, (aproximadamente 500 a.C. – 450 a.C.), a esperança é uma “disposição interior” ou uma “força psíquica” que sustenta o desejo de caminhar; Aristóteles, filósofo do período clássico (384 a.C.- 322a.C.), refere a esperança como uma auto-energia (ROCHA, 2007). No século XX, o filósofo alemão Martin Heidegger (1889 – 1976) descreve a esperança como “algo transcendente, relação pessoal de entrega e confiança” (ENTRALGO, 1957, p. 165).

Freud (1856-1939), crítico da razão moderna, diz: “uma ilusão, no entanto, seria acreditar que nós poderíamos encontrar noutro lugar o que ela não nos pode dar” e, também, diz “porque destruímos as ilusões colocamos em perigo os ideais, mesmo assim em sua visão sobre a melancolia”; “há uma superação da pulsão altamente significativa do ponto de vista psicológico, que compele todo ser vivo a se

apegar à vida”. O que significa a esperança, que sustenta e nutre o amor pela vida (ROCHA, 2007, p. 266). Para o poeta inglês Alexander Pope, citado por Burke (2012, p. 212), “[...] a esperança eterna brota no peito humano [...]”.

Segundo Dufault e Martocchio (1985), a esperança é uma ferramenta poderosa que proporciona vida, também é descrita como uma força dinâmica e multidimensional. De igual modo é considerada um fenômeno importante para pacientes com doenças graves (BENZEIN; NORBERG; SAVEMAN, 2001), intervindo como estratégia do enfrentamento e melhora da qualidade de vida (RUSTØEN; COOPER; MIASKOWSKI, 2010). Dessa forma, a esperança protege da vulnerabilidade interna (MOROTE et al., 2017).

3.7.1 Impacto da esperança no paciente oncológico

O paciente oncológico passa por uma série de estágios, do diagnóstico à morte, chamado duelo oncológico (BURKE, 2012). O diagnóstico do câncer gera consequências na vida pessoal, com mudanças no cotidiano, na vida social, alterando drasticamente sua rotina (MANZAN et al., 2016). Dessa forma, a doença oncológica provoca neste paciente um conjunto de emoções e reações negativas como ira, tristeza, ansiedade, medo, isolamento, sentimento de perda e desesperança; o questionamento da dignidade pessoal e a pergunta radical sobre o significado da vida, que podem dificultar o enfrentamento da doença, afetando a qualidade de vida (GARCÍA; ALGAR, 2016).

A esperança é descrita como a coragem ou virtude para enfrentar a vida e representa recursos pessoais significativos, com o objetivo de obter um bem futuro (TAYLOR, 2012; SEIBAEK; HOUNSGAARD; HVIDT, 2013). Além disso, é considerada uma importante estratégia de confrontação para os pacientes com câncer (AFROOZ et al., 2014), melhorando a sobrevivência através de intervenções como o apoio psicossocial, espiritual, gerando, assim, alívio do sofrimento (TOH, 2011). Por outro lado, há cinco temas inter-relacionados: a esperança de ser curado e de viver uma vida normal; a esperança ativa para se sentir bem; a esperança como poder interno para manter a integração e a reconciliação entre vida e morte; a esperança do bem-estar de outras pessoas significativas; e a esperança como luta contra a desesperança. Por consequência, a esperança é baseada na confiança em

ser curado por meio de coragem e força interna (HAMMER; MOGENSEN; HALL, 2009; MOK et al., 2010).

O sentimento de desesperança e a falta de recursos para enfrentar determinados eventos são vivenciados em algum momento de nossa existência. Para enfrentar as adversidades, as pessoas precisam de estratégias ou recursos de saúde que ajudem a enfrentar as dificuldades e o processo de adoecimento (TOMÁS, 2015). Assim, o equilíbrio entre desesperança e esperança desempenha papel importante na maneira como os pacientes, principalmente em fase terminal, relatam a qualidade de vida, e a resiliência pessoal pode estar relacionada à esperança no final da vida (SOLANO et al., 2016).

Dessa forma, a esperança intervém na saúde de maneira positiva (BRASHEAR, 2019). É preciso que o paciente oncológico sinta que sua vida, tanto a que viveu, quanto a que vive e deixou de viver, é algo valioso que mereceu e merece ser vivida até o último momento. Por consequência, é importante a fundamentação da esperança através de aspectos positivos da vida como aceitação, serenidade, arrependimento, perdão, gratidão, humildade e significado da vida (GARCÍA; ALGAR, 2016).

A persistência em promover a esperança em pessoas com doença crônica possibilita que elas vivam de uma maneira mais intensa (SARTORE; GROSSI, 2008). O processo da esperança consiste em quatro qualidades: experiência, espiritualidade, transcendência e o processo racional, proporcionando um estado de resiliência à pessoa (FELDER, 2004).

A esperança deve ser estudada e desenvolvida sistematicamente pelos profissionais de saúde para ampliar o conhecimento e assim desenvolver novas intervenções para incentivá-la nos pacientes (CHI et al., 2007) através do diálogo, da sinceridade e da segurança. É importante avaliar as necessidades dos pacientes como fragilidade psicológica, inclusive os recursos espirituais (RIPAMONTI et al., 2016).

Em uma revisão sistemática, foram identificadas 18 escalas de esperança relatadas em 68 estudos, em diferentes idiomas e países. A primeira escala foi publicada em 1974, desde essa época foram publicados estudos: 33% em enfermagem, 35% em psicologia e 10% em outras áreas. As escalas para avaliação da esperança compreenderam: *Herth Hope Intex*, *Herth Hope Scale*, *Miller Hope Scale*, *The Hope Index*, *Nowotny*, *Hope Scale*, *Hope Differential—Short*,

Multidimensional Hope Scale, Hope Indicator Questionnaire, Comprehensive Hope Scale, Integrative Hope Scale, Snyder Hope Scale, Hope Scale for young Women in South Africa, Gottschalk Hope Scale, Leyva Theological Hope Scale, Faith Hope and Charity Questionnaire (FHCQ) e Narrative Hope Scale. Esta revisão concluiu que atualmente não existe uma única e melhor escala para avaliar a esperança (REDLICH-AMIRAV et al., 2018). Neste estudo, foi escolhida a escala de esperança de Hert por sua confiabilidade, consistência interna e validade (WAHL et al., 2004; RUSTØEN et al., 2018). Esta escala determina os níveis de esperança em uma pessoa com doença crônica ou em outros contextos (SARTORE, 2007), além de ser utilizada como ferramenta de pesquisa e avaliação clínica individualizada (HERT, 1982). Trata-se de uma escala de fácil aplicação, composta por 12 itens que, explora as dimensões da esperança (HERTH, 1991).

3.8 CONTEXTUALIZAÇÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA PELA COVID-19: OS EFEITOS NO PACIENTE ONCOLÓGICO

Em 31 de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China, foram registrados os primeiros casos do Sars-CoV-2, que causou a Covid-19. A cepa deste novo coronavírus foi confirmada em 7 de janeiro de 2020. As autoridades chinesas informaram o sequenciamento genético do vírus para que outros países pudessem conhecê-lo e identificá-lo nas pessoas com quadros sugestivos de Covid-19. A OMS declarou a Covid-19 uma emergência de Saúde Pública em 20 de janeiro de 2020. Mas no dia 11 de março elevou o estado da contaminação à pandemia de Covid-19, doença causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

A Covid-19 é uma zoonose contagiosa, em que um caso gera 2.8 novos casos (KOWALSKI et al., 2020). Além disso, se espalha por meio do contato direto. É considerada uma doença infecciosa que se caracteriza por apresentar febre, cansaço, dor de cabeça e, em alguns pacientes, a sintomatologia é individualizada, podendo apresentar perda de paladar ou olfato, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, erupção cutânea na pele. Geralmente 80% das pessoas com diagnóstico da Covid-19 não necessitam de tratamento hospitalar, mas as pessoas idosas com comorbidades como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, problemas cardíacos, pulmonar e câncer têm maior risco de ficar gravemente doentes (MUNGROO; KHAN; SIDDIQUI, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

A estimativa de casos pela Covid-19 para 28 março de 2021, no mundo, foi de 126,359,540 de casos e de 2,769,473 mortes confirmadas; no Brasil, foram 12,404,414 de casos e 307,112 mortes confirmadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Os pacientes com câncer são os mais desprotegidos, sendo altamente vulneráveis (ZHANG et al., 2020), o que foi comprovado em um estudo multicêntrico com 105 pacientes com diagnóstico de câncer e 536 pacientes sem câncer, ambos com diagnóstico de Covid-19. Os resultados apontam que os pacientes com câncer e Covid-19 apresentam mais altos riscos e pior prognóstico, com maior regularidade de eventos graves que aqueles pacientes sem câncer (DAI et al., 2020).

Em outro estudo realizado em 928 pacientes com câncer e Covid-19, associado ao risco de morte, foram observados os tipos de câncer mais comuns

como: de mama, próstata, gastrointestinal, linfoma e torácico, com 43% dos pacientes com câncer ativo, 39% estavam em tratamento contra o câncer, 45% em remissão, 121 morreram após o diagnóstico de Covid-19. Os pesquisadores liderados por Jeremy L. Warner observaram que os pacientes com câncer ativo tinham 5,6% mais chances de morrer que aqueles em remissão da doença (AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY, 2020).

Neste contexto, o panorama da pandemia provocou grandes mudanças no dia a dia da população mundial, afetando diversos aspectos, entre eles, o social, o econômico e o da saúde (NASCIMENTO et al., 2020). No entanto, o isolamento social, as adversidades para o acesso ao tratamento, os hábitos alimentares inadequados e o sedentarismo podem afetar diretamente a qualidade de vida do paciente com câncer (CORRÊA; OLIVEIRA; TAETS, 2020). Por outro lado, o paciente requer um olhar cuidadoso do profissional de saúde à pandemia, sendo importante implementar medidas de prevenção, proteção e controle (SOUZA, 2013).

Atualmente são poucas as medidas clínicas de prevenção e controle, e as experiências do cuidado a pacientes com câncer de cabeça e pescoço com Covid-19 mostram os enormes desafios dentro dos departamentos de cirurgia nos setores, que realizam exames e tratamentos. Os cuidados que envolvem a cavidade oral do paciente e a proteção pessoal da equipe de saúde multidisciplinar são importantes com o uso de equipamento de proteção individual (CAI et al., 2020).

Os pacientes com câncer apresentam risco aumentado de doenças graves causadas pela Covid-19 e a probabilidade de desenvolver complicações e falência de múltiplos órgãos, o que pode levar a altas taxas de mortalidade (ZHANG et al., 2020). Portanto, é importante ressaltar que os pacientes com câncer, como a população suscetível, tendem a sofrer mais emoções psicológicas em caso de crise na Saúde Pública (SHUMAN; PENTZ, 2020).

A priorização é essencial para reduzir os efeitos psicológicos adversos causados aos pacientes com câncer, garantindo estabilidade mental, um estado psicológico positivo, com redução da depressão e outras emoções negativas (LOU et al., 2020).

A Covid-19 colapsou a capacidade dos Sistemas de Saúde em todo o mundo, produzindo um impacto significativo sobre os pacientes com câncer no diagnóstico, tratamento, mortalidade e, principalmente, no emocional (COLLAZO-LORDUY; CALVO; PROVENCIO, 2020).

Dados da China indicam que o novo vírus apresenta riscos adicionais, tendo a letalidade dos pacientes com câncer superior a 5,6% contra 2,3% da população geral, levando-se em consideração que eles têm imunidade diminuída (HUANG et al., 2020). Com as incertezas da pandemia SARS-CoV-2 e um diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço (CCP), as consequências potenciais para a saúde mental trazem atrasos no tratamento. Ressalta-se que, durante o processo de adoecimento, pode ser alterado significativamente o estado psicológico em pacientes com CCP, principalmente porque 35% deles sofrem de sintomas de depressão e ansiedade (RIBLET et al., 2014).

Agora, com as complicações adicionais da pandemia, as restrições de movimento podem aumentar a depressão em pacientes com CCP (PFEFFERBAUM; NORTH, 2020). Mesmo assim é importante destacar que são uma população vulnerável e atrasar o tratamento pode colocar pressão adicional sobre a saúde mental e a qualidade de vida desses pacientes. Assim, é essencial ajudá-los a manter sua qualidade de vida durante esta pandemia, para não afetar seus resultados de sobrevida geral (ZHOU et al., 2020).

Deve-se levar em consideração que a terapia comportamental on-line para transtornos depressivos, incluindo ansiedade e insônia, juntamente com diversos manuais, gerou autoajuda psicológica durante os tempos de pandemia de SARS-CoV-2 (LIU et al., 2020).

Nos Estados Unidos, os Centros de Saúde e Serviços Médicos com as diretrizes de telessaúde aumentaram as plataformas virtuais, nas quais os médicos podem se comunicar com os pacientes, enquanto a *American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery Foundation* pediu a adoção da telemedicina para reduzir a exposição desnecessária, tanto do paciente quanto do médico. Por consequência, como a pandemia de SARS-CoV-2 continua, o distanciamento social se mantém como prática comum, pois é necessário antecipar o custo da saúde mental e os efeitos na qualidade de vida dos pacientes com CCP (HUANG et al., 2020).

Entretanto descobrir o sentido da vida em tempos de sofrimento é uma estratégia para a superação e a sobrevivência. O psiquiatra Viktor Frankl acreditava que havia caminhos para desvelar o sentido da vida e um deles compreenderia os valores da experiência, referindo-se às vivências que geram alívio, esperança e

sensações por meio de lembranças e dos valores de atitude que surgem para enfrentar os desafios da vida (MEDEIROS et al., 2020).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente capítulo apresenta os métodos definidos para o desenvolvimento da pesquisa, contendo o tipo de estudo, caracterização do local onde foi realizado, os participantes, a coleta e a análise dos dados e os aspectos éticos.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, do tipo observacional, analítico com delineamento transversal, vinculado ao projeto Construindo processos de cuidado na interface do cuidar em situações de enfermidade grave, inserido na linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

As pesquisas quantitativas originam-se do pensamento lógico positivista no qual o conhecimento disciplinado e racional é usado e permite que surjam informações e ideias que nos aproximam de um mundo real para confirmar teorias ou hipóteses (POLIT, 2019; RIBEIRO; RIBEIRO, 2016).

A escolha do delineamento ocorre a partir de evidências empíricas e de como as informações serão coletadas, com a utilização de instrumentos elaborados para obtenção dos dados (POLIT, 2019). Neste estudo foram utilizadas técnicas mensuráveis para avaliar a depressão e a esperança de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, localizado na cavidade oral, laringe, orofaringe e nasofaringe em estadiamento de T1 a T4 (a ou b) e em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico.

No estudo observacional, destaca-se que os investigadores não interferem na variável independente, eles coletam dados sobre os fenômenos já existentes. Geralmente o investigador estuda o efeito de uma causa que não consegue manipular, faz pesquisa correlacional com a finalidade de avaliar as relações entre as variáveis, o que significa a associação entre elas. Suas variações podem ser observadas por análises estatísticas. Este tipo de pesquisa não produz evidências persuasivas para interferências causais. Diversos estudos correlacionais são feitos para descobrir causas, no entanto um investigador não pode deduzir que os grupos comparados eram similares antes da recorrência da variável independente (FONTELLES et al., 2009; POLIT, 2019).

Deste modo, a proposta deste estudo se caracteriza pela avaliação, registro e análise da depressão e esperança e pelas correlações entre estas variáveis. Neste

contexto, a pesquisa com delineamento analítico constitui-se na base de estudos primários, sendo este tipo de modelo elaborado para verificar hipóteses (HOCHMAN et al., 2005). No entanto os estudos analíticos observacionais são originados na observação da realidade, permitindo a criação de hipóteses de medidas de associação de diversos fatores (ARAGÃO, 2013). Por outro lado, na pesquisa com delineamento transversal, os dados coletados são identificados em um período e as relações entre as variáveis são determinadas. (POLIT, 2019).

É importante destacar a capacidade do estudo analítico fazer um prognóstico para a população de onde a amostra foi retirada e, dessa forma, elaborar conclusões estatísticas pela aplicação de testes de hipóteses (FONTELLES et al., 2009).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em um Hospital Oncológico filantrópico, referência no Estado do Paraná. O hospital foi inaugurado em 08 de dezembro de 1972 e forma a Liga de Combate ao Câncer, junto com a Rede Feminina, no Estado do Paraná. Ambos têm como missão combater o câncer com humanismo, ciência e afeto, sem o estigma de dor e morte, mas, sim, de esperança e cura. No início, o hospital oferecia basicamente atendimento clínico e cirúrgico, hoje conta com as especialidades de oncologia clínica (quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia), ginecologia e mama, cabeça e pescoço, pele e melanoma, gastroenterologia, torácica, neurologia, ortopedia, oncogenética, radioterapia, pediatria e cuidados paliativos. Conta com unidade de terapia intensiva adulta e pediátrica, centro cirúrgico, pronto atendimento, banco de sangue, centro de manipulação intravenosa e serviço de nutrição e dietética, entre outros que garantem um serviço de qualidade (HOSPITAL ERASTO GAERTNER, 2017).

Atualmente conta com 203 leitos, 1.545 funcionários. Cerca de 432 novos casos de câncer foram contabilizados até outubro de 2020 e cerca de 35.995 pacientes atendidos até o momento, 87,7% em nível de Sistema Único de Saúde (HOSPITAL ERASTO GAERTNER, 2020). A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Cabeça e Pescoço, que tem uma equipe multidisciplinar. O serviço mantém duas reuniões por semana, em que são debatidos artigos científicos, estratégias referentes a aspectos administrativos e resolutividade dos casos novos. Em 2019, a

equipe deu continuidade a pesquisas, tendo como temas principais HPV e câncer de boca, faringe e laringe. Também foi mantida uma média elevada de cirurgias, incluindo cirurgia de grande porte (HOSPITAL ERASTO GAERTNER, 2019).

A valorização das atividades de ensino e pesquisa é mais um dos pontos fortes deste serviço (HOSPITAL ERASTO GAERTNER, 2017). O ambulatório oferece atendimento médico e multiprofissional de qualidade aos pacientes e, realizou 54.294 atendimentos em 2019 (HOSPITAL ERASTO GAERTNER, 2019). O número de casos registrados de câncer em 2016 foi de 2.501, com 5,4% de tumores na cavidade bucal (HOSPITAL ERASTO GAERTNER, 2017); no ano 2017, o registro de casos em geral foi de 2.497, com 3,5% do câncer em orofaringe e 5,5% em cavidade bucal, tipos de câncer predominantes no sexo masculino (HOSPITAL ERASTO GAERTNER, 2018).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram pacientes com diagnóstico de câncer em cavidade oral, laringe, orofaringe, nasofaringe em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, assistidos no ambulatório do Serviço de Cabeça e Pescoço da Instituição, cenário deste estudo. Em 2018, foram 822 casos novos e 2.658 consultas; em 2019, foram 573 casos novos e 2.570 consultas, dados extraídos da Agenda de Serviços - Agendas de Cabeça e Pescoço no Ambulatório SUS.

Em razão dos trâmites no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) serem mais longos do que o esperado e a pandemia de Covid-19, com as restrições institucionais frente ao seguimento de pesquisas na Instituição, em decorrência das medidas protetivas implantadas, foram readequados o tipo de amostragem e o período de coleta de dados. Optou-se pela amostragem por conveniência, que se caracteriza por ser intencional o desenho de amostragem. O objetivo não é generalizar conclusões, mas descrever características principais do grupo de estudo (MEDRONHO et al., 2009).

Os participantes foram 60 pacientes com câncer de cabeça e pescoço (cavidade oral, laringe, orofaringe, nasofaringe), assistidos no ambulatório do Serviço de Cabeça e Pescoço, nos meses de maio a setembro de 2020.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: ser paciente assistido no ambulatório do Serviço de Cabeça e Pescoço durante a pandemia da Covid-19; ter

diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço de qualquer tipo histocitopatológico, em estágio T1 a T4 (a ou b), em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico; ter idade igual ou superior a 18 anos; ter comunicação oral preservada ou ter condições de comunicação não verbal (gestual com indicação da alternativa por autorrelato, apontando o escore que expressa como se sente, nas variáveis avaliadas pela escala de depressão e de esperança).

Os critérios de exclusão dos participantes foram: ter acuidade auditiva prejudicada que impossibilite a escuta e a comunicação verbal ou não verbal; e não ter capacidade de compreensão que possibilite a comunicação verbal ou não verbal.

4.4 SELEÇÃO E RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES

O período de seleção e recrutamento dos participantes ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos (CEP). A seleção foi realizada no Ambulatório de Cabeça e Pescoço durante a pandemia da Covid-19, da agenda de atendimento. Foram recrutados os pacientes que atendiam aos critérios de inclusão definidos. Apresentados a proposta de estudo, seus objetivos e finalidade, uma vez tendo o aceite do paciente em participar do estudo, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Posteriormente, procedeu-se à coleta de dados, feita em uma antessala no ambulatório, garantindo a privacidade do participante e a presença do familiar ou do cuidador que o assistia. Para assegurar o anonimato e o sigilo dos participantes, foi adotado, para a identificação, o seguinte código identificador: M (participante) e X (número em algarismos arábicos em ordem crescente dos participantes pesquisados). Exemplo: M1, M2. Os dados de identificação dos participantes foram registrados no (APÊNDICE B).

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada de maio a setembro de 2020, ocorreu em uma única etapa no Ambulatório de Cabeça e Pescoço.

Para a coleta de dados, foram solicitados autorização e auxílio da equipe de saúde do ambulatório do Serviço de Cabeça e Pescoço. Devido às como medidas protetivas aos pacientes em decorrência da pandemia, a instituição determinou que

a coleta de dados seria realizada por trabalhadores da saúde daquele nosocômio. Assim, foram convidados dois enfermeiros do serviço para atuarem como coletadores e aplicadores de três instrumentos, os quais foram descritos explicitamente e depois foi feito o acompanhamento online do desenvolvimento da coleta.

O primeiro instrumento foi elaborado pela mestrand-pesquisadora intitulado Perfil sociodemográfico e clínico do paciente com câncer de cabeça e pescoço, no qual constam as seguintes variáveis: 1. Dados sociodemográficos: nome, idade, sexo, cidade de origem, cor da pele, número de filhos, escolaridade, estado civil, religião, ocupação laboral/profissão, endereço completo e número do telefone 2. Dados clínicos: histórico de depressão, diagnóstico e tratamento; histórico de câncer, diagnóstico, estadiamento, fase da doença, tratamento prévio (quimioterapia), (quimioterapia + radioterapia + cirurgia), (quimioterapia + cirurgia) ou (quimioterapia + radioterapia), apenas tratamento sintomático, cuidados paliativos e tratamento atual. Também foi questionado em relação à pandemia como estava se sentindo. Para a coleta desses dados, foram utilizadas as informações fornecidas pelo participante e prontuário tendo, em alguns casos, contado com a participação dos familiares para informações dos dados sociodemográficos.

O segundo instrumento é o *Patient Health Questionnaire – 9* (PHQ-9) (ANEXO 1). O PHQ-9 é um instrumento construído na década de 90, do século XX e validado por Kroenke, Spitzer e Williams (2001), patrocinado pela *Pfizer Inc*, indústria farmacêutica multinacional com sede em Nova Iorque, Estados Unidos, que permite a utilização do questionário sem solicitação de autorização. A tradução do PHQ-9 para o português foi feita por psiquiatras brasileiros e a retrotradução, por um dos autores do instrumento original (FRAGUAS JR et al., 2006).

O instrumento tem uma excelente aceitabilidade, boa confiabilidade, além de ser uma ferramenta válida para rastreamento de depressão (LUPASCU et al., 2019). É um questionário breve e fácil de ser aplicado, que pode ser lido para o paciente e desenvolvido originalmente para a autoavaliação (OMORO et al., 2006; SANTOS et al., 2013; GARABILES et al., 2019).

A validação do PHQ-9 no Brasil foi feita por um grupo de pesquisadores de Pelotas, Rio Grande do Sul (SANTOS et al., 2013). O PHQ-9 tem nove itens que medem sintomas para o transtorno depressivo maior, caracterizado no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), baseado no *Primary*

Care Evaluation of Mental Disorders (SPITZER et al., 1994), como humor deprimido, se o paciente sente desinteresse para fazer as coisas, problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, perda de apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade. Além disso, se apresenta dificuldades para sua concentração, sente inquieto e com pensamentos suicidas (SANTOS et al., 2013).

A presença dos sintomas nas últimas duas semanas é avaliada em uma escala de Likert com escores de zero (nada ou nenhuma vez), um (vários dias), dois (mais da metade dos dias) e três (quase todos os dias). A pontuação varia entre zero e 27 pontos (SANTOS et al.; 2013).

Os escores do PHQ-9 de 5, 10, 15 e 20 representam depressão leve, moderada, moderadamente grave e grave, respectivamente (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001). Há uma questão, a décima, sobre os sintomas que interferem na vida profissional, pessoal ou social do paciente. Esta questão não é totalizada com os nove itens anteriores, bem como com a finalidade de descartar luto normal, uma história de Episódio Maníaco (Transtorno Bipolar) e um distúrbio físico, medicamento ou outra droga como causa biológica dos sintomas depressivos. A análise é feita após a pontuação total para especificar a gravidade atual dos sintomas (PFIZER, 2020).

O terceiro instrumento é a Escala de Esperança de Herth (EEH) (ANEXO 2). A escala foi construída e validada pela Dra. Kaye Herth, enfermeira e professora da Universidade do Estado de Minnesota, Estados Unidos, em 1991 e 1992, nas versões *Herth Hope Scale* (HHS) e *Hearth Hope Index* (HHI) (HERTH, 1991). A escala foi adaptada e validada no Brasil por Alessandra Sartore em 2007, a partir da 3ª edição do *Herth Hope Index*, com o título no Brasil de Escala de Esperança de Herth (SARTORE, 2007).

Esta escala tem 12 itens e avalia os estados de esperança nos pacientes, além de destacar três componentes da esperança, a temporalidade e futuro, expectativas positivas e interconexão, sendo, portanto, ferramenta útil como dispositivo de triagem (HERTH, 1992). A graduação dos itens é estabelecida pela escala *Likert* de quatro pontos, variando de concordo completamente a discordo completamente, sendo o 1 - discordo completamente, 2 - discordo, 3 - concordo e 4 - concordo completamente. O escore total varia de 12 a 48 pontos, sendo que quanto maior o escore, mais alto o nível de esperança (SARTORE; GROSSI, 2008; GUCLU, 2019). Também é considerado um instrumento multidimensional, que tem

propriedades psicométricas e avalia aspectos cognitivos, afetivos, interpessoais e espirituais da esperança (MOROTE et al., 2017). O tempo para aplicação de cada instrumento para coleta de dados não foi fixado e dependeu de cada participante.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados através dos instrumentos utilizados foram digitados em planilhas do programa *Microsoft Office Excel*® 2018. Em seguida, as informações foram sintetizadas, através de análise estatística (POLIT, 2019) feita com o programa computacional Stata/SE v.14.1. Stata Corp LP, USA.

Inicialmente, os resultados do questionário sociodemográfico e clínico foram analisados por análise descritiva, por meio de médias, desvios padrão, mediana, valores mínimos e máximos nas variáveis quantitativas e para variáveis categóricas foram apresentados frequências e percentuais. Na sequência, foi feita a comparação de dois grupos em relação aos escores PHQ-9 e EEH usando o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Para comparações de mais de dois grupos, foi usado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis; comparações múltiplas post-hoc foram feitas usando o teste de Dunn. A associação entre duas variáveis quantitativas foi analisada estimando os coeficientes de correlação de Spearman. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Para as comparações múltiplas, os valores de p foram corrigidos por Bonferroni. Os dados foram analisados com o programa computacional IBM SPSS Statistics v.20.0. Armonk, NY: IBM Corp.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo respeitou as normas estabelecidas pela Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, 2012), relativa às pesquisas envolvendo seres humanos. O Projeto de pesquisa foi submetido ao CEP do Hospital cenário do estudo em novembro de 2019, com o CAAE nº26947819.4.0000.0098, tendo sido aprovado sob o Parecer nº 3.954.865 em 5 de abril de 2020 (ANEXO 3).

Os participantes que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE A), com a

finalidade do participante receber as informações sobre o estudo e compreendê-las para, assim, ter o poder de fazer uma escolha com liberdade, que lhe permitisse aceitar ou recusar de participar do estudo (POLIT, 2019). Os dados dos instrumentos foram arquivados em meio digital (pen drive) e com cópia física em pasta, sob a guarda da orientadora e com acesso exclusivo das pesquisadoras, por um período de cinco anos.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os dados que se referem à caracterização sociodemográfica dos participantes. Na sequência, são apresentados os resultados relativos à caracterização clínica em relação à doença de base e à depressão. São descritos o tipo câncer, estadiamento, consequentemente os dados dos tratamentos realizados para o câncer e a depressão. Além disso, foram avaliados os níveis de depressão através do PHQ-9 e de esperança através de EEH e feita a análise de fatores associados como idade, renda mensal, número de filhos, estado civil, religião, ocupação laboral, diagnósticos, tratamentos, além da associação dos sentimentos evidenciados na pandemia da Covid-19.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

A amostra deste estudo correspondeu a 60 pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço. De acordo com as características sociodemográficas, a idade variou entre 34 e 80 anos, com média de 60,6 e desvio padrão de 10,9. Em relação à procedência, são de cidades do Estado do Paraná: 53,3% (n=32) de Curitiba, 8,3% (n=5) de Pinhais, 3,3% (n=2) de Maringá, 5% (n=3) de Paranaguá, 3,3% (n=2) de Rio Branco do Sul, 3,3% (n=2) de Colombo, 3,3% (n=2) de Mandirituba, 3,3% (n=2) de Fazenda Rio Grande, 5% (n=3) de Araucária e 1,6% (n=1) de Telêmaco Borba, Tijuca do sul, Lapa, Campo Mourão, Congonhinhas, Rio Negro, Piraquara, respectivamente. Na Tabela 1, destaca-se que cerca de 61,7% (n=37) são participantes de sexo masculino.

Considerando a classificação de cor de pele do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 98,3% (n=59) se declararam brancos. Em relação ao estado civil, 31,7% (n=22) são casados. Quanto ao número de filhos, 38,3% (n=23) têm 1 ou 2 filhos e 28,3% (n=17) não têm filhos. Em relação ao nível de escolaridade, 43,3% (n = 26) cursaram o Ensino Fundamental incompleto. Segundo a crença religiosa, 78,3% (n = 47) se disseram católicos, 5,0% (n=3) acreditam em Deus, mas não seguem nenhuma religião.

Em relação à ocupação laboral e profissão, 69,2% (n = 9) dos participantes estão afastados para fazer o tratamento oncológico, sendo o valor da percentagem referente a 13 respostas; 71,1% (n = 32) estão aposentados, sendo o valor da

percentagem referente a 45 respostas; 81,66% (n = 49) tinham renda individual entre R\$ 600,00 e 8.000,00; 88,33% (n = 53), com renda familiar entre R\$ 600,00 e 8.000,00; e 10% (n=6) não responderam por estarem desempregados e sem renda mensal.

TABELA 1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

Variável	n válido	Classificação	Resultado*	
Idade (anos)	60		60,6 ± 10,9 (34 - 80)	
Sexo	60	Feminino	23	38,3%
		Masculino	37	61,7%
Cor de pele	60	Branca	59	98,3%
		Preta	1	1,7%
Número de filhos			2,0 ± 2,0 (0 - 8)	
	60	0	17	28,3%
		1 ou 2	23	38,3%
		3 ou 4	14	23,3%
		5 a 8	6	10,0%
Escolaridade	60	Não frequenta	2	3,3%
		Fund incompleto	26	43,3%
		Médio incompleto	15	25,0%
		Médio completo	12	20,0%
		Superior incompleto	2	3,3%
		Superior completo	3	5,0%
Escolaridade (agrupamento)	60	Até fundamental incompleto	28	46,7%
		Médio (incompleto/completo)	27	45,0%
		Superior (incompleto/completo)	5	8,3%
Religião	60	Católica	47	78,3%
		Evangélica	9	15,0%
		Outro	3	5,0%
		Sem religião	1	1,7%
Estado civil	60	Solteiro	19	31,7%
		Casado	22	36,7%
		União consensual	2	3,3%
		Divorciado	10	16,7%
		Viúvo	7	11,6%
Estado civil (agrupamento)	60	Solteiro/divorciado/viúvo	36	60,0%
		Casado/união consensual	24	40,0%
Afastado para tratamento	13	Não	4	30,8%
		Sim	9	69,2%
Aposentado	45	Não	13	28,9%
		Sim	32	71,1%
Renda mensal individual (R\$)	49		1645 ± 1249 (600 - 8000)	
Renda mensal familiar (R\$)	53		2193 ± 1589 (600 - 8000)	

FONTE: A autora (2020).

NOTA: *Descrito por média ± desvio-padrão (mínimo – máximo) ou por frequência e percentual.

5.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS PARTICIPANTES

Em relação aos dados clínicos apresentados na Tabela 2, 71,7% (n=43) referiram não ter histórico de depressão e 28,3% (n=17) relataram ter histórico.

Observou-se variação na localização do câncer de cabeça e pescoço: 53,3% (n= 32) são câncer de cavidade oral, correspondendo à boca, língua, assoalho da boca, trígono retromolar, rebordo alveolar; 33,3% (n= 20), de laringe; 33,3% (n= 20), de orofaringe; 5,0% (n=3) em nasofaringe: e 8,3% (n= 5), de adenoide maxilar e do osso maxilar.

Em relação ao tamanho do tumor (T) e comprometimento linfático (N) associados, observou-se que 10 dos participantes não tinham estadiamento e 50 apresentaram: T2, 16% (n= 8), sendo seis de cavidade oral, e dois da nasofaringe; T3 com 14,0% (n= 7), dos quais quatro são de laringe e dois da cavidade oral; e, T4 N1 com 6,0% (n= 3), os quais são da orofaringe, laringe e cavidade oral.

O restante foram diversos com um percentagem de 4,0% (n=2) em T1 N1 (cavidade oral); T4 (nasofaringe e cavidade oral); T4 N3 (cavidade oral), T2 N2b (cavidade oral); T2 N0 (laringe e orofaringe); e 2,0% (n=1) com T4b N1 (orofaringe), T1 na (cavidade oral), T4a N2c (laringe), T4a (cavidade oral), T1 Na (laringe), T1 N2b (cavidade oral), T2 N0b (cavidade oral), T4a N2b (cavidade oral) ,T2 N0b (cavidade oral), T4b N1 (orofaringe), T3 N2a (cavidade oral), T1b N0 (laringe), T4a N3b (laringe), T4 N0 (cavidade oral), T3 N2b (cavidade oral), T4 N2 (cavidade oral), T4a N2 (cavidade oral), dados extraídos do prontuário do paciente.

TABELA 2 - DADOS CLÍNICOS DOS PARTICIPANTES. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

Variável	n válido	Classificação	n	%
Histórico da doença de depressão	60	Não	43	71,7
		Sim	17	28,3
Diagnóstico atual do câncer (agrupamento)	60	Cavidade oral	32	53,30
		Laringe	20	33,3
		Orofaringe	3	5,0
		Nasofaringe	5	8,3
Estadiamento (TNM)*	50	T2	8	16,0
		T3	7	14,0
		T4 N1	3	6,0
		T3 N2	2	4,0
		T4 N3b	2	4,0
		T1 N1	2	4,0
		T4	2	4,0
		T4 N3	2	4,0
		T4a N0	2	4,0
		T2 N2b	2	4,0
		T2 N0	2	4,0
		T4b N1	1	2,0
		T1	1	2,0
		T4a N2c	1	2,0
		T4a	1	2,0
		T1 Na	1	2,0
		T1 N2b	1	2,0
		T2 N0b	1	2,0
		T4a N2b	1	2,0
		T2 N0b	1	2,0
		T4b N1	1	2,0
		T3 N2a	1	2,0
		T1b N0	1	2,0
		T4a N3b	1	2,0
		T4 N0	1	2,0
		T3 N2b	1	2,0
		T4 N2	1	2,0
		T4a N2	1	2,0

FONTE: A autora (2020).

NOTA: *TNM: Tumor (T), Nódulo (N) e Metástase (M).

Na sequência, a Tabela 3 apresenta os dados dos tratamentos realizados pelos participantes para o câncer e para a depressão. Observa-se que cerca de 77,6% (n=45) dos participantes não estão em tratamento para depressão, 8,6% (n= 5) relataram que estão em tratamento não farmacológico, com psicoterapia, e 10,3% (n=6) estão em tratamento com psicotrópico, e (n=2) não soube responder a esta pergunta. Em relação ao tratamento oncológico, três participantes manifestaram ter recebido tratamento prévio; 33,3% (n=1), quimioterapia; 33,3% (n=1), quimioterapia e radioterapia; e 33,3% (n=1), cirurgia e radioterapia. Em relação ao tratamento atual, 6,7% (n=4) estão recebendo tratamento com quimioterapia e radioterapia; 30,0% (n=18), quimioterapia, radioterapia e cirurgia; 5,0% (n=3), quimioterapia e cirurgia; e 58,3% (n=35) cirurgia e radioterapia.

TABELA 3 - TRATAMENTOS REALIZADOS PELOS PARTICIPANTES PARA O CÂNCER E DEPRESSÃO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

	n válido	Classificação	n	%
Tratamento atual da depressão	58	Nenhum	45	77,6%
		Psicoterapia	5	8,6%
		Psicotrópico	6	10,3%
		Ambos	2	3,4%
Tratamento prévio do câncer	3	Quimioterapia	1	33,3%
		Químio + radioterapia	1	33,3%
		Cirurgia + radioterapia	1	33,3%
Tratamento atual do câncer	60	Químio + radioterapia	4	6,7%
		Químio + radio + cirurgia	18	30,0%
		Quimioterapia + cirurgia	3	5,0%
		Cirurgia + radioterapia	35	58,3%

FONTE: A autora (2020).

NOTA: Químio = quimioterapia; radio = radioterapia.

5.3 AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA PANDEMIA NOS PARTICIPANTES

Na Tabela 4, são observadas expressões de emoções e de sentimentos autorrelatados pelos participantes frente à situação de pandemia pela Covid-19 ao serem questionados como estavam se sentindo. Dos 60 participantes, 5% (n=3) manifestaram estar tranquilos, cerca de 31,6% (n=18) expressaram medo e 61% (n=35) mencionaram acreditar em Deus, esperançado, entre outros. Verifica-se que, além da situação de enfrentamento ao câncer e ao seu tratamento, a pandemia provocou medo nesses participantes.

TABELA 4 - AUTORRELATO DOS SENTIMENTOS DOS PARTICIPANTES FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

Variável	n válido	Classificação	n	%
Em relação à pandemia, como está se sentindo?	57	Angústia	1	1,8%
		Medo	18	31,6%
		Tristeza	1	1,8%
		Crença/Fé em DEUS	35	61,4%
		Angústia e ansiedade	1	1,8%
		Angústia e medo	1	1,8%
Em relação à pandemia, como está se sentindo? (agrupamento)	57	Angústia/ansiedade/medo	21	36,8%

FONTE: A autora (2020).

5.4 AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO (PHQ-9) E DA ESPERANÇA (EEH)

5.4.1 Avaliação dos escores PHQ-9 e EEH

A Tabela 5 apresenta os resultados relativos a PHQ-9, que pode variar de zero a 27, e quanto maior o escore, maior o nível de depressão (mais depressivo); e da EEH de 12 a 48, e quanto maior o escore, maior o nível de esperança (mais esperança). A seguir, são apresentados os dados descritivos dos dois escores, o PHQ-9 com média de 6,4 e desvio padrão de 5,3 e a EEH com média de 41,3 e desvio padrão de 3,1.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

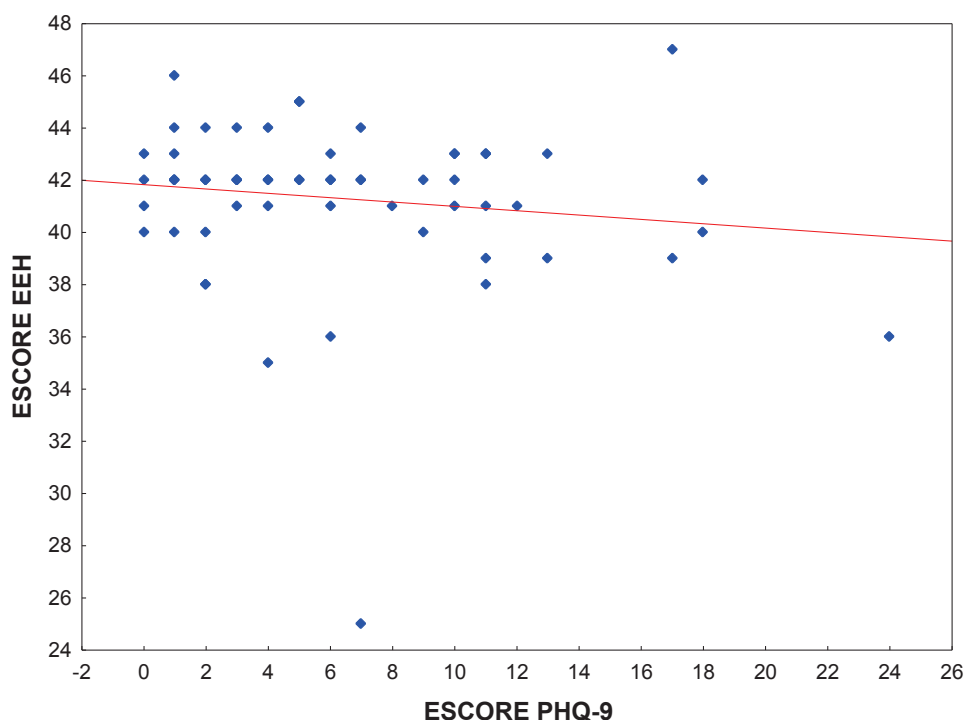
Escore	n	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
PHQ-9 ESCORE	60	6,4	5,3	5	0	24
EEH ESCORE	60	41,3	3,1	42	25	47

FONTE: A autora (2020).

Na Correlação entre escores EEH e PHQ-9, testou-se a hipótese nula de que o coeficiente de correlação entre os dois escores é igual a zero (não há correlação), versus a hipótese alternativa de que o coeficiente de correlação é diferente de zero (há correlação), o coeficiente de correlação estimado foi igual a -0,14, sem significância estatística ($p = 0,275$).

O Gráfico1 mostra a dispersão dos dois escores, cada ponto do gráfico correspondendo a cada um dos participantes.

GRÁFICO 1 - CORRELAÇÃO ENTRE ESCORES EEH E PHQ-9. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



FONTE: A autora (2020).

5.4.2 Análise de fatores associados aos escores EEH e PHQ-9 – variáveis quantitativas

Para cada um dos escores e para cada uma das variáveis quantitativas analisadas, testou-se a hipótese nula de que o coeficiente de correlação entre os dois escores é igual a zero (não há correlação) versus a hipótese alternativa de que o coeficiente de correlação é diferente de zero (há correlação).

A Tabela 6 apresenta os valores do Coeficiente de Correlação de Spearman estimados e os valores de p dos testes estatísticos. Na avaliação da associação entre as variáveis quantitativas idade e renda mensal individual e familiar com os escores PHQ-9 e EEH, obteve-se na variável idade com o score PHQ-9, Coeficiente de Correlação de Spearman de -0,24 ($p=0,060$) e a variável idade com o score EEH mostrou -0,12 ($p = 0,358$).

TABELA 6 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE IDADE E RENDA MENSAL INDIVIDUAL E FAMILIAR COM OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

Variáveis	n	Coefficiente de correlação de Spearman	p
PHQ-9 ESCORE x Idade (anos)	60	- 0,24	0,060
PHQ-9 ESCORE x Renda mensal individual (em R\$)	49	0,08	0,574
PHQ-9 ESCORE x Renda mensal Familiar (em R\$)	53	0,17	0,215
EEH ESCORE x Idade (anos)	60	- 0,12	0,358
EEH ESCORE x Renda mensal individual (em R\$)	49	0,03	0,840
EEH ESCORE x Renda mensal Familiar (em R\$)	53	0,03	0,815

FONTE: A autora (2020).

NOTA: se $p < 0,05$, temos correlação significativa entre as duas variáveis analisadas.

5.4.3 Análise de fatores associados aos escores EEH e PHQ-9 - variáveis categóricas

Para cada um dos escores e para cada uma das variáveis categóricas analisadas, testou-se a hipótese nula de que os escores são iguais para todas as classificações da variável, versus a hipótese alternativa de que os escores não são iguais.

A Tabela 7 apresenta os dados estatísticos descritivos da avaliação da associação entre a variável sexo e os escores PHQ-9 e EEH. Foi feita uma correlação com o teste não paramétrico de Mann-Whitney, o que mostrou que não houve significância estatística. Para cada um dos escores e para cada uma das variáveis quantitativas analisadas, testou-se a hipótese nula de que o coeficiente de correlação entre os dois escores é igual a zero (não há correlação), versus a hipótese alternativa de que o coeficiente de correlação é diferente de zero (há correlação).

TABELA 7 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE SEXO FEMININO E MASCULINO E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

Variável	Sexo	n	Média \pm desvio- padrão	Mediana (min - max)	p*
PHQ-9 ESCORE	Feminino	23	7,7 \pm 6,2	7 (0 - 24)	0,250
	Masculino	37	5,6 \pm 4,6	4 (0 - 17)	
EEH ESCORE	Feminino	23	40,8 \pm 4,0	42 (25 - 46)	0,662
	Masculino	37	41,6 \pm 2,4	42 (35 - 47)	

FONTE: A autora (2020).

NOTA: *Teste não paramétrico de Mann-Whitney, $p < 0,05$.

Na Tabela 8 são apresentados os dados estatísticos descritivos da avaliação da associação entre a variável número de filhos com os escores PHQ-9 e EEH. Foi feita uma correlação com o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, que mostrou significância estatística entre a relação da esperança e o número de filhos, o que permite conhecer diferença significativa entre aqueles que não têm filho e aqueles com três ou mais filhos. Nesta tabela, observa-se que os pacientes que têm três ou mais filhos apresentam maior nível de esperança, tendo a variável número de filhos em relação ao escore EEH destacado média de 42,1 e desvio padrão de 2,4, uma mediana de 42,5, mínima de 36 e máxima de 45, com valor de $p=0,034$.

TABELA 8 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE NÚMERO DE FILHOS E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

Variável	Número de filhos	n	Média \pm desvio-padrão	Mediana (min - max)	p*
PHQ-9 SCORE	0	17	6,8 \pm 5,4	4 (1 - 18)	0,898
	1 ou 2	23	6,4 \pm 5,3	5 (0 - 17)	
	3 ou mais	20	6,1 \pm 5,5	5,5 (0 - 24)	
EEH SCORE	0	17	40,2 \pm 4,2	42 (25 - 43)	*0,034
	1 ou 2	23	41,4 \pm 2,6	41 (35 - 47)	
	3 ou mais	20	42,1 \pm 2,4	42,5 (36 - 45)	

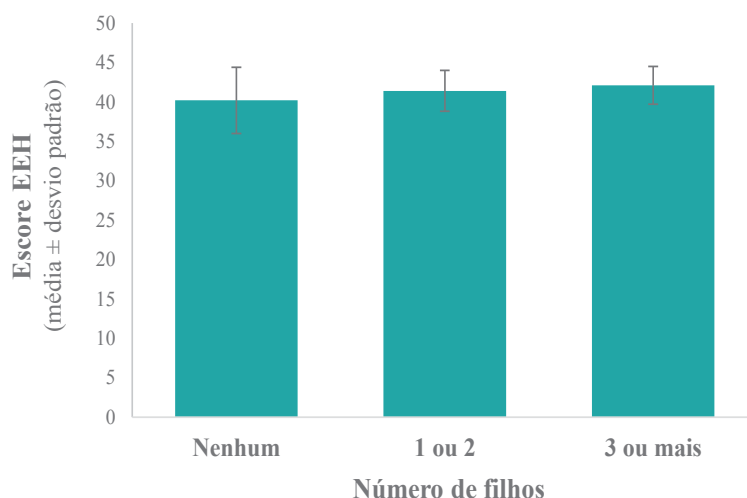
FONTE: A autora (2020).

NOTA: *Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, $p<0,05$.

O Gráfico 2 traz as comparações das classificações de número de filhos em relação a EEH SCORE. Na comparação (0) que significa nenhum filho versus a variável (01 ou 02 filhos), o valor de $p=1$ demonstrando que não houve diferença significativa.

Na comparação (0) nenhum filho versus a variável 3, o mais filhos o valor de $p=0,039$, demonstrando que houve diferença significativa (na tabela observa-se que o EEH dos que têm 03 ou mais filhos é maior dos que não têm filhos). Na comparação (01 ou 02 filhos) versus (03 ou mais filhos); não há diferença significativa o valor de $p=0,170$.

GRÁFICO 2 - COMPARAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE FILHOS COM O ESCORE EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



FONTE: A autora (2020).

A Tabela 9 mostra a avaliação da associação entre as variáveis categóricas de escolaridade com os escores PHQ-9 e EEH.

Foi feita correlação com o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, com valor de $p < 0,05$. Em relação à variável escolaridade: o ensino superior incompleto e completo tem uma média de 13,0 e desvio padrão de 4,3, mediana de 12 e um mínimo de nove, máximo de 18, com a associação do escore PHQ-9, o qual destacou que houve significância estatística com o valor de $p = 0,019$.

TABELA 9 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL ESCOLARIDADE E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

Variável	Escolaridade	n	Média ± desvio-padrão	Mediana (min - max)	p*
PHQ-9 ESCORE	(1) Até fundamental incompleto	28	6,0 ± 4,4	6 (0 - 18)	*0,019
	(2) Médio (incompleto/completo)	27	5,6 ± 5,7	4 (0 - 24)	
	(3) Superior (incompleto/completo)	5	13,0 ± 4,3	12 (9 - 18)	
EEH ESCORE	(1) Até fundamental incompleto	28	41,5 ± 2,3	42 (35 - 46)	0,923
	(2) Médio (incompleto/completo)	27	41,0 ± 3,8	42 (25 - 45)	
	(3) Superior (incompleto/completo)	5	42,0 ± 2,9	41 (40 - 47)	

FONTE: A autora (2020).

NOTA: *Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, $p < 0,05$.

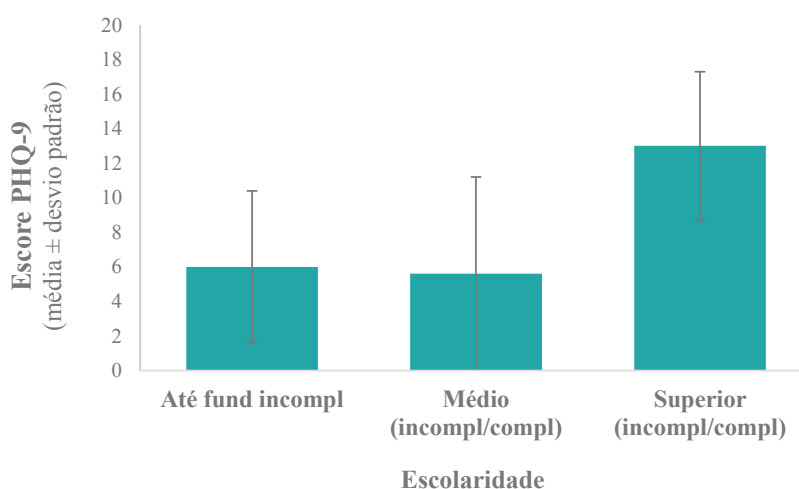
Na sequência, o Gráfico 3 traz as comparações das classificações de escolaridade duas a duas em relação a PQH-9 ESCORE:

Na comparação entre a variável (1) Ensino fundamental incompleto/completo versus a variável (2) Ensino médio completo/incompleto não houve significância o valor de $p=1$.

Na comparação entre a variável (1) Ensino fundamental incompleto/completo versus a variável (3) Ensino superior incompleto/completo houve significância o valor de $p=0,053$.

Na comparação entre a variável (2) Ensino Médio incompleto/completo versus a variável (3) Ensino superior completo/incompleto; houve significância o valor da $p=0,015$ o que demonstrou importância para nosso estudo, e foi possível perceber níveis elevados de depressão em este grupo de participantes.

GRÁFICO 3 - COMPARAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL ESCOLARIDADE E O ESCORE DE PHQ-9. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



FONTE: A autora (2020).

As Tabelas 10 e 11, mostram a correlação com os testes não paramétricos de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney. A avaliação da associação da variável religião (católica, evangélica e outras), com a variável estado civil (solteiro, divorciado, viúvo, casado e união consensual), com os escore PHQ-9 e EEH, não apresentou significância estatística.

TABELA 10 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL RELIGIÃO E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

Variável	Religião	n	Média ± desvio-padrão	Mediana (min - max)	p*
PHQ-9 ESCORE	Católica	47	5,7 ± 4,6	4 (0 - 17)	0,065
	Evangélica	9	11,1 ± 7,3	9 (2 - 24)	
	Outras ¹	4	4,8 ± 3,9	4 (1 - 10)	
EEH ESCORE	Católica	47	41,7 ± 2,1	42 (35 - 47)	0,204
	Evangélica	9	38,7 ± 5,9	40 (25 - 44)	
	Outras ¹	4	42,8 ± 1,7	42,5 (41 - 45)	

FONTE: A autora (2020).

NOTA: *Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, $p < 0,05$. ¹outras: acreditam em Deus, mas não seguem nenhuma religião.

TABELA 11 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL ESTADO CIVIL E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

Variável	Estado civil	n	Média ± desvio padrão	Mediana (min - max)	p*
PHQ-9 ESCORE	Solteiro/divorciado/viúvo	36	6,6 ± 6,3	4 (0 - 24)	0,605
	Casado/união estável	24	6,1 ± 3,5	6 (1 - 13)	
EEH ESCORE	Solteiro/divorciado/viúvo	36	41,4 ± 2,5	42 (35 - 47)	0,626
	Casado/união estável	24	41,2 ± 3,9	42 (25 - 45)	

Fonte: A autora (2020).

Nota: *Teste não paramétrico de Mann-Whitney, $p < 0,05$.

Na Tabela 12 para avaliação, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, cujo valor $p < 0,05$ determina significância estatística. Foram associadas as variáveis de ocupação laboral (afastado para tratamento) com os escore PHQ-9 e EEH. A variável afastada para tratamento com o escore PHQ-9 mostrou para os pacientes, com respostas afirmativas média 10,0 e desvio-padrão 4,9, mediana 9, mínima três e máximo com um valor de $p = 0,034$, apresentando significância estatística.

TABELA 12 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL OCUPAÇÃO LABORAL (AFASTADO PARA TRATAMENTO) E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

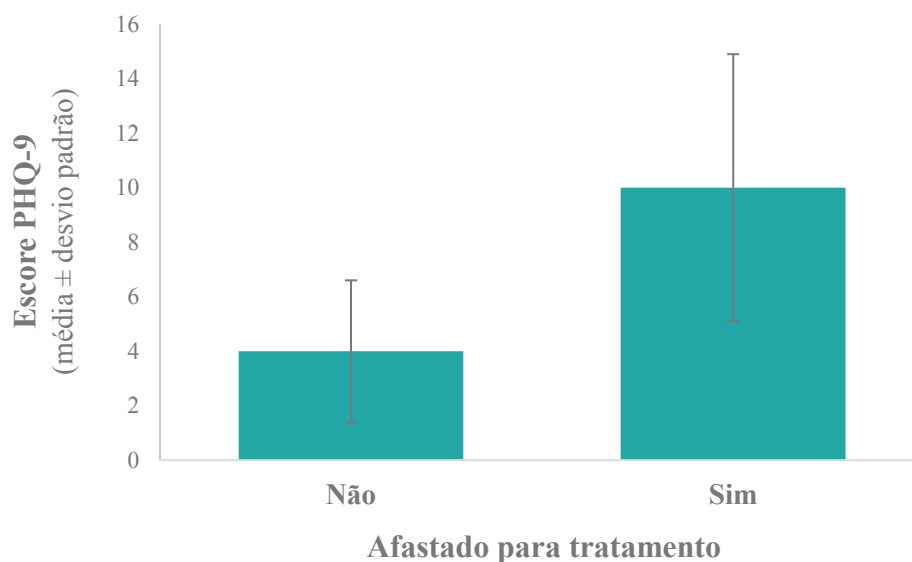
Variável	Afastado para tratamento	n	Média ± desvio padrão	Mediana (min - max)	p*
PHQ-9 ESCORE	Não	4	4,0 ± 2,6	4 (1 - 7)	0,034
	Sim	9	10,0 ± 4,9	9 (3 - 18)	
EEH ESCORE	Não	4	44,3 ± 1,7	44,5 (42 - 46)	0,106
	Sim	9	42,2 ± 2,0	42 (40 - 47)	

FONTE: A autora (2020).

NOTA: *Teste não paramétrico de Mann-Whitney, $p < 0,05$.

O Gráfico 4 mostra a correlação entre a variável afastado do trabalho para o tratamento oncológico e os escores da PHQ-9.

GRÁFICO 4 - AVALIAÇÃO DA COMPARAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL AFASTADO PARA TRATAMENTO E O ESCORE PHQ-9. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



FONTE: A autora (2020).

As Tabelas 13 e 14 mostram a avaliação da associação entre a variável de ocupação laboral (aposentado) e a variável histórico de doença de depressão com os escores PHQ-9 e EHH, utilizando o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Nesta associação é possível perceber que não houve significância estatística.

TABELA 13 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL OCUPAÇÃO LABORAL (APOSENTADO) E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

Variável	Aposentado	n	Média ± desvio-padrão	Mediana (min - max)	p*
PHQ-9 ESCORE	Não	13	6,8 ± 7,0	5 (1 - 24)	0,834
	Sim	32	6,0 ± 4,5	6 (0 - 18)	
EEH ESCORE	Não	13	42,1 ± 2,8	2 (36 - 47)	0,528
	Sim	32	41,2 ± 2,3	42 (35 - 44)	

FONTE: A autora (2020).

NOTA: *Teste não paramétrico de Mann-Whitney, $p < 0,05$.

TABELA 14 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL HISTÓRICO DA DOENÇA DE DEPRESSÃO E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

Variável	Histórico da Doença de depressão	n	Média ± desvio padrão	Mediana (min - max)	p*
PHQ-9 ESCORE	Não	43	6,0 ± 5,4	5 (0 - 24)	0,204
	Sim	17	7,5 ± 5,2	7 (1 - 17)	
EEH ESCORE	Não	43	41,5 ± 2,2	42 (35 - 45)	0,987
	Sim	17	40,9 ± 4,8	42 (25 - 47)	

FONTE: A autora (2020).

NOTA: *Teste não paramétrico de Mann-Whitney, $p < 0,05$.

A Tabela 15 mostra a variável diagnóstico atual do câncer de cabeça e pescoço e sua associação com os escores PHQ-9 e EEH. Foi usado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Nesta avaliação o valor de p não mostrou significância.

TABELA 15 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL DIAGNÓSTICO ATUAL E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

Variável	Diagnóstico atual	n	Média ± desvio padrão	Mediana (min - max)	p*
PHQ-9 ESCORE	Boca/língua/Cavidade Oral	32	5,9 ± 4,9	4,5 (0 - 17)	0,736
	Laringe	20	6,1 ± 4,6	5,5 (0 - 18)	
	Nasofaringe	5	8,6 ± 9,1	5 (1 - 24)	
	Orofaringe	3	10 ± 7,5	9 (3 - 18)	
EEH ESCORE	Boca/língua/Cavidade Oral	32	40,8 ± 3,7	42 (25 - 47)	0,597
	Laringe	20	41,9 ± 1,7	42 (38 - 45)	
	Maxila	5	42,2 ± 4,1	44 (36 - 46)	
	Outro	3	42 ± 2	42 (40 - 44)	

FONTE: A autora (2020).

NOTA: *Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, $p < 0,05$.

A Tabela 16 mostra a associação da variável tratamento depressão com os escores PHQ-9 e EEH. Para sua avaliação, foram utilizados os testes estatísticos não paramétricos de Kruskal-Wallis. Por conseguinte, na comparação dos tratamentos de depressão com o escore PHQ-9 é possível observar que há diferença significativa entre nenhum tratamento e tratamento com psicoterapia.

Para 45 participantes sem tratamento, a média foi de 6,4, o que mostrou, de acordo com Kroenke, Spitzer e Williams (2001), depressão leve. Em cinco participantes em tratamento com psicoterapia, a média foi de 12,8, o que mostrou depressão moderada, havendo diferença entre a associação de tratamento com psicoterapia e tratamento com psicotrópico no valor de $p = 0,022$. Em seis participantes em tratamento com psicotrópico, a média foi 4,0, valor de $p = 0,018$, o que mostrou que o participante não apresenta sintomas depressivos e dessa forma

determina a importância do tratamento com psicotrópico e psicoterapia nos pacientes oncológicos.

TABELA 16 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL TRATAMENTO DE DEPRESSÃO E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

Variável	Tratamento	n	Média \pm desvio padrão	Mediana (min - max)	p*
PHQ-9 ESCORE	(0) Nenhum	45	6,3 \pm 5,3	5 (0 - 24)	0,018
	(1) Psicoterapia	5	12,8 \pm 4,3	12 (7 - 17)	
	(2) Psicotrópico	6	4,0 \pm 3,6	2 (1 - 10)	
	Ambas	2	5,0 \pm 2,8	5 (3 - 7)	
EEH ESCORE	(0) Nenhum	45	41,5 \pm 2,3	42 (35 - 46)	0,266
	(1) Psicoterapia	5	42,8 \pm 3,0	43 (39 - 47)	
	(2) Psicotrópico	6	38,0 \pm 6,7	40 (25 - 43)	
	Ambas	2	42 \pm 0	42 (42 - 42)	

FONTE: A autora (2020).

NOTA: *Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, $p < 0,05$ (os casos com classificação “ambas” não foram incluídos nos testes estatísticos).

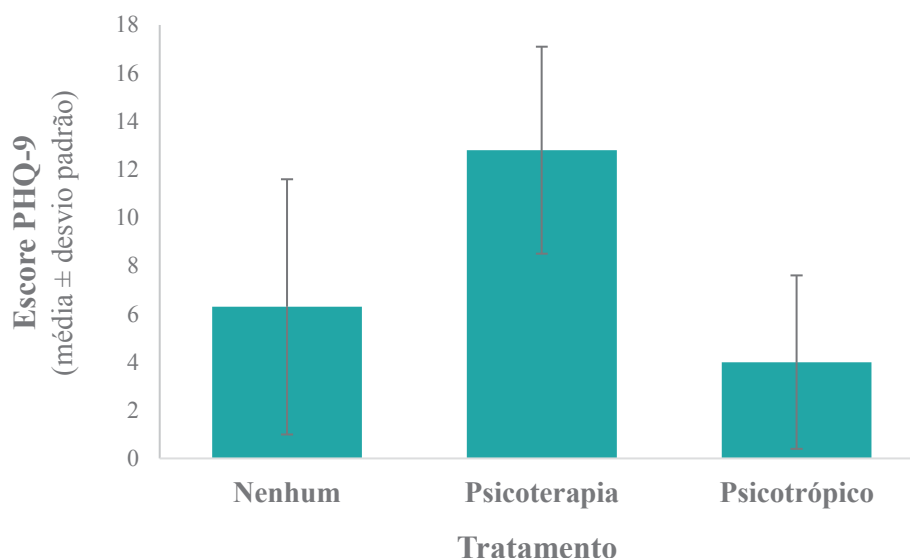
Na sequência, o Gráfico 5 traz as comparações das classificações de tratamento duas a duas, em relação a PQH-9 ESCORE:

Na comparação da variável (0) nenhum tratamento versus variável (1) tratamento com psicoterapia o valor de $p=0,033$ demonstra há diferença significativa.

Na comparação da variável (0) nenhum tratamento versus variável (2) tratamento com psicotrópico não houve significância o valor de $p=1$.

Na comparação da variável (1) tratamento com psicoterapia versus variável (2) tratamento com psicotrópico há diferença significativa o valor de $p=0,022$.

GRÁFICO 5 - COMPARAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL TRATAMENTO DE DEPRESSÃO E O ESCORE PHQ-9. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



FONTE: A autora (2020).

Nas Tabelas 17, 18 e 19, foram avaliadas as variáveis sentimentos na pandemia, medo como sentimento na pandemia e a variável “outros”, que faz referência aos pacientes estarem tranquilos e acreditarem em Deus. Estas variáveis serão associadas com os escores PHQ-9 e EEH, utilizando o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Nestas tabelas, é possível perceber que não houve significância estatística.

TABELA 17 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL SENTIMENTO NA PANDEMIA E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

Variável	Sentimentos na pandemia	N	Média ± Desvio-padrão	Mediana (min – max)	p*
PHQ-9 ESCORE	Angústia/ansiedade/medo	21	8,2 ± 6,2	8 (1 - 24)	0,123
	Acreditar em Deus ¹	36	5,6 ± 4,7	5 (0 - 18)	
EEH ESCORE	Angústia/ansiedade/medo	21	41,2 ± 2,5	41 (36 - 47)	0,304
	Acreditar em Deus ¹	36	41,3 ± 3,5	42 (25 - 46)	

FONTE: A autora (2020).

NOTA: *Teste não paramétrico de Mann-Whitney, $p < 0,05$. ¹ outros: acreditar em Deus.

TABELA 18 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL MEDO COMO SENTIMENTO NA PANDEMIA E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

Variável	Medo como sentimento na pandemia	n	Média ± desvio padrão	Mediana (min - max)	p*
PHQ-9 ESCORE	Não	38	6,1 ± 5,5	5 (0 - 24)	0,276
	Sim	18	7,6 ± 5,4	7,5 (1 - 18)	
EEH ESCORE	Não	38	41,2 ± 3,6	42 (25 - 46)	0,379
	Sim	18	41,3 ± 2,3	41,5 (38 - 47)	

FONTE: A autora (2020).

TABELA 19 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL MEDO COMO SENTIMENTO NA PANDEMIA E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

Variável	Outros sentimentos na pandemia	n	Média ± desvio padrão	Mediana (min - max)	p*
PHQ-9 ESCORE	Não	20	7,0 ± 5,4	4,5 (0 - 18)	0,482
	Sim	35	5,8 ± 4,7	5 (0 - 18)	
EEH ESCORE	Não	20	41,6 ± 2,3	42 (38 - 47)	0,696
	Sim	35	41,3 ± 3,6	42 (25 - 46)	

FONTE: A autora (2020).

NOTA:*Teste não paramétrico de Mann-Whitney, p<0,05.

Em relação à avaliação da Tabela 20, são apresentados os resultados obtidos para tratamento oncológico atual (radioterapia mais cirurgia, quimioterapia mais radioterapia e cirurgia, quimioterapia mais radioterapia e quimioterapia mais cirurgia), na relação com os escores PHQ-9 e EEH. Essa associação revelou que não houve significância estatística, entretanto, para os testes estatísticos, a classificação quimioterapia + cirurgia não foi incluída por haver apenas três casos.

TABELA 20 - AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL TRATAMENTO ONCOLÓGICO ATUAL E OS ESCORES PHQ-9 E EEH. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

Variável	Tratamento atual	n	Média ± desvio padrão	Mediana (min - max)	p*
PHQ-9 ESCORE	Radioterapia + cirurgia	35	6,4 ± 5,7	5 (0 - 24)	0,950
	Quimioterapia + radioterapia + cirurgia	18	6,3 ± 4,5	6 (0 - 17)	
	Quimioterapia + radioterapia	4	6,0 ± 4,1	4,5 (3 - 12)	
	Quimioterapia + cirurgia	3	7,3 ± 9,3	3 (1 - 18)	
EEH ESCORE	Radioterapia + cirurgia	35	40,8 ± 3,6	42 (25 - 47)	0,363
	Quimioterapia + radioterapia + cirurgia	18	41,9 ± 2,4	42 (35 - 45)	
	Quimioterapia + radioterapia	4	41,5 ± 0,6	41,5 (41 - 42)	
	Quimioterapia + cirurgia	3	43,3 ± 2,3	42 (42 - 46)	

FONTE: A autora (2020).

NOTA:*Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, p < 0,05.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O câncer de cabeça e pescoço é o sexto tipo de câncer mais comum no mundo e representa 4% dos cânceres nos Estados Unidos, sendo diagnosticado com maior frequência em homens e considerado a quarta causa mais comum em mulheres acima de 50 anos (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2017). Em um estudo epidemiológico realizado em Minas Gerais, através da análise de 28 prontuários de pacientes com CCP, entre 39 e 80 anos, observou-se alta prevalência no sexo masculino em 64,3% dos pacientes (ROCHA et al., 2017).

Em outro estudo realizado em um hospital universitário do noroeste de São Paulo, foram analisados 427 pacientes e confirmado que o CCP é mais frequente em homens com idade acima de 40 anos. Além disso, houve predomínio da cor da pele branca em um 90% desses pacientes (ALVARENGA et al., 2008), o que também foi observado em um estudo, que avaliou a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes com CCP, com 60,6 % de homens (PAULISTA et al., 2020).

Um estudo transversal realizado em 69 pacientes com CCP mostrou que (72,1%) eram homens (TORABI; JAHANIAN; AFSHAR, 2021). O que confirma a maior prevalência em pacientes de sexo masculino na quinta década da vida. Entretanto, os participantes com CCP em nosso estudo encontravam-se entre idades de 34 a 80 anos e, em relação ao gênero, maior incidência no sexo masculino, além disso, o autorrelato de pele da cor branca confirma os dados já existentes na literatura.

A incidência do CCP na última década tem aumentado e as pesquisas evidenciam a melhora nos protocolos de tratamento e reabilitação (SILVA et al., 2020). A incidência está associada ao uso de álcool e tabaco em 75% e pela infecção por HPV (STATBITE, 2010; NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2017). De acordo com os registros do Instituto Nacional de Câncer, 16,7 % dos casos são na cavidade oral, 8,8 % na laringe e 44,2 % na pele do rosto, mas a localização dos tumores pode apresentar variação dependendo do país (CARVALHO et al., 2018).

Em um centro oncológico de referência no sul do Brasil, foram analisados dados de 133 pacientes com CCP. Os resultados apresentaram prevalência no sexo masculino (65,4%), idade acima de 50 anos e nível baixo de escolaridade (40%). Observou-se também uma baixa renda mensal individual de 70%, com estadiamento

(TNM) em T2 de 30.8% e T3 com 20.6%. De acordo com o tipo de câncer, 26,32% se localizavam na cavidade oral, 24,06 % na orofaringe, 9,77% na faringe e 5,26% na nasofaringe (STATBITE, 2010; SILVA et al., 2020).

Na análise dos 427 pacientes do estudo de Alvarenga et al., (2008), a maioria dos pacientes tem como sítio primário mais representativo a cavidade oral. De acordo com *International Agency for Research on Cancer*, o câncer de lábio e o de cavidade oral são o terceiro em incidência no mundo (GRUPO BRASILEIRO DE CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO, 2018).

Na análise do perfil sociodemográfico de nosso estudo, observou-se que 43,3% tinham baixo nível de escolaridade, renda mensal baixa, em torno de R\$ 600,00 a 8.000,00 e, de acordo com o perfil clínico, o tipo do câncer que se destacou foi o da cavidade oral em 53,3% e da laringe em 33,3%. No estadiamento, foi possível observar o T2 em 16% dos pacientes e T3 em 14.0%, concordando assim com a literatura.

Por outro lado, em nosso estudo constatou-se que 28.3% dos participantes tinham histórico de depressão. No entanto um estudo realizado na Holanda com 345 pacientes com diagnóstico de CCP confirma o risco aumentado de depressão, antes do tratamento em 15,1% dos pacientes (VAN BEEK et al., 2020). Por outro lado, o diagnóstico de câncer pode levar a um quadro de depressão, e os pacientes acabam percebendo a morte como uma possibilidade, o que dificulta enfrentar a doença.

Em uma revisão sistemática com meta-análise, os autores analisaram seis estudos relacionados ao tratamento da depressão com terapia não farmacológica e com tratamento farmacológico convencional em pacientes adultos com câncer avançado. Entre esses seis estudos, quatro usaram psicoterapia de apoio, um adotou terapia cognitivo-comportamental e outro, terapia de resolução de problemas. Quando comparada com o tratamento convencional, a psicoterapia foi associada a uma diminuição significativa no escore de depressão, o que sugere ser a psicoterapia útil no tratamento de depressão em pacientes com câncer (AKECHI et al., 2008).

Entretanto outro estudo de revisão sugere que é ideal o enfoque do tratamento farmacológico em conjunto com o psicoterapêutico em pacientes com níveis elevados de depressão. Outro estudo de revisão determinou que os fármacos *Selective serotonin reuptake inhibitors* (SSRIS), inibidores seletivos da recaptação

da serotonina, são eficazes para o tratamento de depressão em pacientes com câncer (GARCÍA; ALGAR, 2016).

Em nosso estudo, foi observado que 8,6% dos participantes com CCP e diagnóstico de depressão estão em tratamento com psicoterapia, 10,3% em tratamento com psicotrópicos, 3,4% recebem ambos. Considerando os percentuais de depressão em pacientes oncológicos, destacam-se a importância do tratamento com psicoterapia e farmacológico e as estratégias para o enfrentamento da depressão nos Serviços de Saúde. Também, em nosso estudo, com a avaliação dos níveis de depressão pela PHQ-9, observou-se diferença significativa entre os participantes que não recebiam nenhum tratamento e aqueles em tratamento com psicoterapia, com valor de $p = 0,033$.

Os pacientes com câncer frequentemente apresentam depressão, sendo difícil o reconhecimento do conjunto de sintomas apresentados (OSTUZZI et al., 2018).

O PHQ-9 é um instrumento de rastreamento padrão para transtornos depressivos em pacientes com câncer (GRAPP et al., 2019), amplamente usado para identificar o transtorno depressivo maior, reconhecido como padrão ouro, confirmado em 37 estudos aplicados a 21.292 pacientes, demonstrando que o PHQ-9 tem propriedades diagnósticas aceitáveis. (MORIARTY et al., 2015).

Em um estudo multicêntrico com 2141 pacientes com câncer, o PHQ-9, mostrando o melhor desempenho da triagem (HARTUNG et al., 2017) Em nosso estudo, foi aplicado o PHQ-9 em 60 participantes, obtendo uma média e desvio padrão de $(6,4 \pm 5,3$ e $7,7 \pm 6,2$, respectivamente), em participantes de sexo feminino. O que determina maior nível de depressão em mulheres com CCP, mas não significativo, tendo sido possível também perceber depressão leve nos participantes, confirmado pela literatura existente.

Neste caminhar, notamos significância estatística entre a associação da variável escolaridade com o PHQ-9. A escolaridade é caracterizada como um fator importante que permitem a compreensão, facilitando a comunicação e entendimento do paciente com câncer (GUIMARÃES; ANJOS, 2012). Os participantes com ensino superior incompleto e completo apresentaram uma média de 13,0 com o valor de $p=0,019$. Verificando que quanto maior o nível de escolaridade, maior o nível de depressão.

Neste contexto o paciente com câncer experimenta sentimentos negativos que gera medo, tristeza e depressão, lamentação, além da sensação de ter perdido o controle de sua vida (SILVA; AQUINO; SANTOS, 2008). No estudo realizado em um Hospital Universitário na Noruega participaram 281 pacientes com câncer, através dos dados, observou-se como resultados a ocorrência de depressão, fadiga e distúrbios do sono nestes pacientes (JOHANSEN; CVANCAROVA; RULAND, 2018). No entanto uma pesquisa que abordou a metodologia da teoria fundamentada nos dados, realizou entrevistas semiestruturadas a 12 pacientes com diagnóstico de CCP com a intenção de desenvolver uma compreensão teórica dos processos que envolvem na adaptação ao CCP, obtendo como resultado que os pacientes desenvolvem emoções e pensamentos angustiantes como a frustração, aborrecimento, raiva e medo (CALVER et al., 2019).

Na atualidade vivemos tempos incertos e a pandemia da Covid-19 continua gerando prejuízos em todo o mundo. Uma reflexão aponta que a pandemia afeta a qualidade de vida do paciente com câncer, sendo considerado de alto risco (CORRÊA; OLIVEIRA; TAETS, 2020).

Uma pesquisa analisou o estado psicológico de 77 pacientes com câncer durante a atual pandemia da Covid-19, utilizando o questionário HADS, com resultado de 31% dos pacientes com depressão (ROMITO et al., 2020).

Outro estudo aplicou a técnica de processamento de linguagem natural e algoritmos de inteligência artificial em estrutura PRIME-MD, para explorar os principais problemas dos pacientes com câncer durante a pandemia da Covid-19 e analisar a carga emocional. Foi usado um conjunto de algoritmos de aprendizagem para conhecer sentimentos negativos e positivos do paciente. Os resultados apontam oito emoções e sentimentos como raiva, medo, antecipação, confiança, surpresa, tristeza, alegria e repulsa, o que mostrou sentimento negativo significativo, sendo o medo a emoção predominante (MORALIYAGE et al., 2020).

O medo é uma das cinco emoções básicas do ser humano, mecanismo adaptativo que envolve vários processos biológicos e psicológicos ante eventos potencialmente aterrorizantes. Os estudos atuais relatam que pacientes com Covid-19 experimentam diversas reações emocionais (ORNELL et al., 2020).

Mesmo assim, uma pesquisa feita pelo Instituto Oncoguia no Brasil, com 562 pacientes durante a pandemia, através de um formulário *on-line*, revelou que o paciente com câncer está duplamente impactado pelo diagnóstico de câncer e pela

pandemia, tendo 53% manifestado alteração emocional, com medo e ansiedade (INSTITUTO ONCOGUIA, 2020). Em nosso estudo em relação à pandemia, 36,8% dos participantes manifestaram sentir medo, ansiedade e angústia. No entanto, o medo foi o mais prevalente, com 31,6% dos participantes, o que se percebe também em outros estudos.

Por outro lado, o tratamento oncológico é dirigido por uma equipe multidisciplinar composta por otorrinolaringologista, cirurgião maxilofacial, radiologista, médico oncologista, radioterapeuta, médico nuclear, patologista e nutricionista. O tratamento primário e precoce é a cirurgia, procedimento complexo, pois interfere em áreas de função vital como respiração, deglutição, fala, podendo ocasionar sequelas que causarão transtornos funcionais. A radioterapia é um tratamento local mediado por ondas de alta energia, cujo objetivo é a destruição das células cancerígenas ou paralisar o crescimento celular. Geralmente cada sessão pode ser de 5 a 10 min; por último, a quimioterapia ou fármacos antineoplásicos de atuação sistêmica, cujo objetivo é atuar na cinética celular, bloqueando a divisão das células, destruindo as células neoplásicas, preservando as normais, apesar de a maioria dos agentes quimioterápicos não atuar de forma específica, lesando, portanto, tanto células malignas, quanto normais (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGÍA MEDICA, 2021).

O tratamento também dependerá da localização do tumor, estágio da doença e da viabilidade das abordagens terapêuticas a serem implementadas. Existem três formas de abordagem no caso do câncer avançado: a quimiorradioterapia baseada em compostos de platina, com cirurgia reservada para doença residual, cirurgia com esvaziamento cervical e reconstrução; seguida de radioterapia ou quimiorradioterapia adjuvante, dependendo da presença de fatores de risco adversos; e quimioterapia de indução, seguida de quimiorradioterapia definitiva e cirurgia (GALBIATTI et al., 2013; CHOW, 2020).

Em nosso estudo, 58,3% dos participantes estão em tratamento atual com cirurgia mais radioterapia e 30,0% recebem quimioterapia, cirurgia e radioterapia, estando, assim, em consonância com a literatura. Além disso, foi possível perceber que mudanças no estilo de vida como o afastamento do trabalho para receber o tratamento oncológico afetaram psicologicamente o paciente com CCP, determinando maiores níveis de depressão, com média 10,0 e valor de $p=0.034$.

Nesse compartilhar de experiências, o tratamento oncológico em pacientes com CCP gera efeitos colaterais sobre a qualidade de vida relacionados a alterações funcionais na produção de saliva e problemas na alimentação (SAWADA; DIAS; ZAGO, 2006); também, alterações na fala, olfato e na estética, o que gera grande fragilidade emocional e impacto na qualidade de vida, comprometendo aspectos ocupacionais e sociais (LIMA; BARBOSA; SOUGEY, 2011).

Por outro lado, o ser humano vive sempre à espera de algo, que pode ser uma esperança generalizada, um desejo no futuro, também pode ser particular e dependerá de cada pessoa. Em relação às dimensões da esperança em pacientes com câncer, ela pode ser afetiva, cognitiva, comportamental, destacando a boa relação consigo mesmo e com Deus, também pode ser temporal e contextual, o que inclui as vivências que de alguma forma determinam a existência da pessoa (BALSANELLI; GROSSI; HERTH, 2011).

A esperança interfere nas pessoas em tempos de crise, fato observado em um estudo com 92 pacientes com câncer. Ao ser avaliada pelo *Herth Hope Index-PT*, os níveis de esperança foram elevados, obtendo média de 29.61 pontos (PINTO; CALDEIRA; MARTINS, 2012). Deve-se notar que a esperança é central no paciente oncológico, pois contribui na capacidade das pessoas de lidar com um evento de crise (NOWOTNY, 1989; CAVACO et al., 2010).

Uma pesquisa fenomenológica com referencial Heideggeriano realizada em oito pacientes oncológicos atendidos em uma instituição filantrópica do noroeste de Paraná, Brasil, analisou como esses pacientes percebem a esperança na vivência com o câncer e revelou falta de esperança no diagnóstico. O impacto do diagnóstico aniquila qualquer sentimento positivo, no entanto, durante o processo de doença, a esperança pode ser reacendida. O câncer permite ao paciente lidar com o extremo de seus sentimentos e a esperança é uma estratégia para enfrentar as incertezas. Os pacientes podem revelar diversos sentimentos e formas de agir ante a doença, sendo a esperança uma possibilidade própria de cada pessoa, um encontro com seu ser, mantendo, assim, a perseverança em lutar (SALES et al., 2014).

Em nosso estudo, a esperança, na avaliação com média de 41,3, desvio padrão de 3,1, mediana de 42, mínimo de 25 e máximo de 47. Dessa forma é possível observar os altos níveis de esperança. Considera-se que os pacientes precisam de motivação e ferramentas para enfrentar a doença e, muitas vezes, o despertar da esperança pela influência da família, amigos e das pessoas que os

amam auxilia nesse processo. A esperança pode ser a luz de novas possibilidades no processo de luta.

Entrando na questão da significância estatística de nosso estudo, destaca-se a associação das variáveis esperança com o número de filhos, obtendo média de 42,1, com valor de $p=0,034$, portanto, os pacientes que têm mais de três filhos tendem a ter maior esperança. O apoio entre os familiares no enfrentamento da doença fundamenta uma considerável carga emocional (LIDELL, 2002). A esperança pode ser nutrida, mantida e fortalecida, dessa forma, é preciso relações positivas com a família e amigos, apoio emocional, apoio sóciofamiliar (LORA, 2018).

Na perspectiva da psico-oncologia, a avaliação da esperança e seu uso terapêutico são muito importantes e devem ser considerados como uma peça-chave no trabalho dos profissionais da saúde, em razão da conotação negativa do câncer e do seu impacto emocional. A esperança é uma estrutura que inclui otimismo, desejos aspirações, sonhos, ilusões, expectativas, sendo o sentido da vida uma construção em conjunto não só pessoal, como também da família e da equipe multidisciplinar (ABREU et al., 2005). A esperança precisa ser fortalecida e mantida no paciente com câncer. Não existe um protocolo de intervenção, mas o importante é ouvir o paciente. A esperança é uma das bases para uma morte digna (LORA, 2018).

Em um estudo com 96 participantes identificou presença de esperança e depressão no paciente oncológico em tratamento com quimioterapia. Foram aplicados três questionários, entre eles a escala de esperança de Herth e o inventário de Beck para depressão, além do perfil sociodemográfico. Na aplicação da Escala de Esperança de Herth, foi possível observar níveis baixos no grupo com diagnóstico de depressão, obtendo média e desvio padrão (39,8 pontos, $\pm 4,14$), em comparação ao grupo sem depressão (42,89 pontos, $\pm 4,41$), e valor de $p=0,0017$. Os participantes que referiram a prática de religião obtiveram altos níveis de esperança, com média e desvio padrão (42,22 pontos, $\pm 4,71$), em comparação com o grupo não praticante (39,42 \pm 3,74), e valor de $p=0,0025$). Este estudo determinou um nível alto de esperança e considera a instrução e a prática religiosa interferem de forma significativa, mesmo assim, foi observada correlação negativa entre a escala de esperança e o inventário de Beck para depressão (SCHUSTER et al., 2015).

Seguindo o nosso estudo, foram observados altos níveis de esperança em participantes católicos, com média de 41,7, evangélicos com 38,7, e os que acreditam em Deus, mas não seguem nenhuma religião, com 42,8, concordando, assim, com a literatura.

Em meio a este contexto, a dimensão espiritual/religiosa do paciente oncológico encoraja e impulsiona mecanismos positivos, o que, consequentemente, permite aumentar a esperança (COSTA et al., 2019; FERREIRA et al., 2020), além de melhorar a experiência no tratamento e fortalecer a recuperação da saúde. A fé fornece alívio à dor e ao sofrimento pelo câncer e permite a esperança em relação à cura (ROCHA et al., 2016).

Os pacientes oncológicos experimentam grandes mudanças que geram sofrimento emocional, e a esperança ajuda na resolução das dificuldades apresentadas. Em um estudo transversal conduzido no Instituto do Câncer no Hospital de Base de São José do Rio Preto, utilizando a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar e a Escala de Esperança de Hert, em 118 pacientes oncológicos, foram obtidos como resultado altos níveis de esperança, com média de 39,6, e níveis de depressão, com média e desvio padrão em $5,82 \pm 4,12$, sugerindo que a esperança pode proteger a pessoas de sintomas depressivos (GRANDIZOLI et al., 2017).

Na análise da correlação dos escores de PQH-9 e EEH usados em nosso estudo, o coeficiente de correlação estimado foi de -0,14, sem significância estatística ($p=0,275$). É possível que o fato se deva à amostra ser de 60 participantes, interferindo nos achados da pesquisa. No entanto, foram observados maiores níveis de esperança, com média de 41,3, e menores níveis de depressão, com média de 6,4, mostrando que quanto maior o nível de esperança, menor o nível de depressão, confirmando os dados existentes na literatura.

De acordo com um grupo de cientistas da Universidade de Liverpool, os pacientes com diagnóstico de câncer manifestam sintomas depressivos e têm 7% de maior probabilidade em morrer; se acredita que ao estar deprimido, perde a motivação e a vontade de viver (INFOCOP, 2008).

Por outro lado, os pacientes com câncer experimentam diversas reações emocionais, e a tristeza é um estímulo emocional normal, mas na caminhada da doença, pode levar à depressão. Os pacientes podem se sentir desesperançados e a desesperança é um sintoma de depressão clínica, tendo estes pacientes três

vezes mais probabilidades de suicídio que o restante da população (BREITBART et al., 2018). Nesta perspectiva, estar com câncer e considerando que os dados estatísticos afirmam que é frequente os pacientes oncológicos experimentarem a depressão (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2020), por este motivo, nos últimos anos, o interesse em estudos sobre a esperança vem aumentando, considerando importante a experiência da esperança em pacientes oncológicos, pois ela os impulsiona a seguir em frente (BALSANELLI; GROSSI; HERTH, 2011).

7 LIMITAÇÕES

Entre as limitações e fragilidades deste estudo, destacam-se a utilização da amostragem não probabilística, que não permite generalizações dos dados, e sua significância. Este fato, em razão da pandemia da Covid-19, que gerou impacto no mundo e com ela o isolamento social, limitou a coleta de dados e a interação em cada uma das entrevistas feitas em pacientes com CCP. Nesse período, muitos pacientes não receberam tratamento por medo, como foi demonstrada sua vulnerabilidade ante a doença da Covid-19. No entanto, esperamos que esta pesquisa motive novos estudos e amplie o conhecimento sobre esta temática.

8 CONCLUSÃO

O câncer de cabeça e pescoço é uma doença cientificamente complexa em comparação com outro tipo de câncer por sua localização e comprometimento anatômico, podendo afetar ações básicas como deglutir, falar, o que repercute na autoestima, gerando insegurança, pois sua face e pescoço, na maioria dos casos, são afetados.

Além do medo da morte pelo diagnóstico e tratamento, somado a isso, a pandemia da Covid-19 e o isolamento social geraram maior sobrecarga emocional em decorrência da incerteza e da exposição a risco na hora de receber o tratamento, desencadeando desequilíbrio emocional. A depressão é comum no câncer em razão das grandes mudanças provocadas pela doença, interferindo na vida do paciente. A esperança vem como uma luz que acende a escuridão, em causas perdidas é uma razão para vencer, e todos nós precisamos dessa magia para sobreviver.

Este estudo atingiu os objetivos propostos ao avaliar os níveis de esperança através da escala da esperança de Herth (EEH) e depressão pelo PHQ-9 em pacientes com câncer de cabeça e pescoço durante a pandemia da Covid-19.

Quanto à hipótese, foi confirmada que pessoas com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico têm mais esperança do que, depressão durante a pandemia da Covid-19.

Os escores foram correlacionados com dados sociodemográficos, e tendo em vista os aspectos abordados, foram observados níveis elevados de esperança e níveis baixos de depressão nestes pacientes. O estudo revelou que os pacientes com filhos apresentam maior nível de esperança, o que destaca a influência de uma força interna mediada pelo amor, também mostrou que as pessoas com nível de escolaridade mais elevado apresentam maior depressão, o que pode acontecer pelas frustrações e demandas internas que cada indivíduo desenvolve.

Os pacientes deixaram o emprego para receber tratamento oncológico apresentaram níveis elevados de depressão. As mudanças repentinas provocaram alterações emocionais, além das mudanças físicas que os pacientes com CCP vivenciam e que, de alguma forma, interferem em suas atividades ocupacionais e sociais. Observa-se também, que os pacientes que não receberam tratamento de depressão e aqueles que só receberam psicoterapia, têm maiores níveis de

depressão que aqueles tratados com psicotrópicos, destacando a importância do tratamento da depressão.

O presente estudo pode ser relevante para aprimorar a prática dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado a pacientes oncológicos em tratamento com quimioterapia e radioterapia, destacando a importância da avaliação da depressão e da esperança, visando a promover o bem-estar ao paciente no enfrentamento da doença e se proteger de sintomas depressivos, que este estudo confirma que quanto maior o nível de esperança, menor o nível de depressão.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. D. C. L. et al. La esperanza en el paciente oncológico: hacia una reconceptuación. **Psicología y Salud**, v. 15, n. 2, p. 187-94, 2005. Disponível em: <<http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud>>. Acesso em: 02 abr. 2020.
- AFROOZ, R. et al. The nature of hope among Iranian cancer patients. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 15, n. 21, p. 9307-12, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.21.9307>>. Acesso em: 19 ago. 2020.
- AKECHI, T. et al. Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2008, n. 2, p. 1-34, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005537.pub.2>>. Acesso em: 23 set. 2020.
- ALVARENGA, L. M. et al. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 74, n. 1, p. 68-73, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-72992008000100011>>. Acesso em: 18 maio 2020.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. Problemas cognitivos o cambios en el razonamiento. **Depresión**. 2020. Disponível em: <<https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/cambios-psicoemocionales/depresion.html>>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY. Programa científico virtual ASCO 20: **El impacto global de la COVID-19 en personas con cáncer**. 2020. Disponível em: <<https://www.cancer.net/es/blog/2020-05/programa-cient%C3%ADfico-virtual-asco20-el-impacto-global-de-la-covid-19-en-personas-con-c%C3%A1ncer>>. Acesso em: 07 jan. 2021.
- ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista práxis**, v. 3, n. 6, p. 59-62, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.25119/praxis-3-6-566>>. Acesso em: 19 jan. 2020.
- ASSUMPÇÃO, G.; GONÇALVES, M. Psiquiatria na Prática Médica. Psiconeuroimunologia – uma nova diretriz no tratamento em psiquiatria. **Psiquiatria na Prática Médica**, v.16, n. 8, 2011. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano11/prat0811.php>>. Acesso em: 12 nov. 2019.
- BALSANELLI, A. C. S.; GROSSI, S. A. A.;HERTH, K. Avaliação da esperança em pacientes com doença crônica e em familiares ou cuidadores. *Acta paul. Enferm*, v. 24, n. 3, p. 354-8, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000300008>>. Acesso em: 05 jun. 2020.

BAPTISTA, M. N.; BORGES, L. Revisão integrativa de instrumentos de depressão em crianças/adolescentes e adultos na população brasileira. *Avaliação psicológica*, v. 15, n. esp., p. 19-32, 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3350/335049854004.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2020.

BENZEIN, E.; NORBERG, A.; SAVEMAN, B. I. The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care. **Palliative medicine**, v. 15, n. 2, p. 117-26, 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1191/02692160675617254>>. Acesso em: 21 jun. 2020.

BERGEROT, C. D.; LAROS, J. A.; ARAUJO, T. C. C. F. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. **Psico-USF**, v. 19, n. 2, p. 187-97, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-82712014019002004>>. Acesso em: 09 jan. 2021.

BOSSI, P. et al. The point of pain in head and neck cancer. **Critical reviews in oncology/hematology**, v. 138, p. 51-9, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2019.04.001>>. Acesso em 25 out. 2020.

BOTTINO, S. M. B.; FRÁGUAS, R.; GATTAZ, W. F. Depressão e câncer. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 36, n. suppl.3, p. 109-15, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000900007>>. Acesso em: 19 dez. 2020.

BRASHEAR, N. How is hope reimagined at the end of life?. **Clinical journal of oncology nursing**, v. 23, n. 4, p. 448-448, 2019. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1188/19.CJON.448>>. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 01 nov. 2019.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria nº 516, de 17 de junho de 2015**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2015/prt0516_17_06_2015.html>. Acesso em: 07 jan. 2021.

BREITBART, W. et al. Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: a randomized controlled trial in patients with advanced cancer. **Cancer**, v. 124, n. 15, p. 3231-39, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/cncr.31539>>. Acesso em: 12 abr. 2020.

BURKE, P. A esperança tem história?. **Estudos avançados**, v. 26, n. 75, p. 207-18, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ea/v26n75/14.pdf>>. Acesso em 13 jan. 2020.

BUTTERFIELD, W. C. Tumor treatment, 3000 BC. **Surgery**, v. 60, n. 2, p. 476-79, 1966. Disponível em: <<https://doi.org/10.5555/uri:pii:003960606690211X>>. Acesso em: 13 mai. 2019.

CAI, Y. C. et al. Treating head and neck tumors during the SARS-CoV-2 epidemic, 2019 to 2020: Sichuan Cancer Hospital. **Head & neck**, v. 42, n. 6, p. 1153-58, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/hed.26161>>. Acesso em 02 jan. 2021.

CALVER, L. et al. How patients adjust psychologically to the experience of head and neck cancer: A grounded theory. **European journal of cancer care**, v. 28, n. 4, p. 1-15, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/ecc.13068>>. Acesso em: 20 set. 2020.

CÁRCAMO, M. Epidemiología y generalidades del tumor de cabeza y cuello. **Revista médica clínica las condes**, v. 29, n. 4, p. 388-96, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.06.009>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

CARRARA, P. S. Espiritualidade e saúde na logoterapia de Victor Frankl. **Interações: Cultura e Comunidade**, v. 11, n. 20, p. 66-84, 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3130/313049300006.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

CARVALHO, L. G. A. et al. El cáncer de cabeza y cuello en Brasil: un análisis de 15 años. **Revista Cubana de Estomatología**, v. 55, n. 3, p. 22-28, 2018. Disponível em: <<http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1703/496>>. Acesso em: 14 ago. 2020.

CASH, E. et al. Depressive symptoms and actigraphy-measured circadian disruption predict head and neck cancer survival. **Psycho-oncology**, v. 27, n. 10, p. 2500-07, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/pon.4862>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

CAVACO, V. S. J. et al. Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? Revisão Sistemática. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 2, n. 12, p. 93-103, 2010. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239959008.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2020.

CHAVES, A. L. F. et al. Emergency changes in international guidelines on treatment for head and neck cancer patients during the COVID-19 pandemic. **Oral Oncology**, v. 107, p. 1-4, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2020.104734>>. Acesso em: 02 jan. 2021.

CHI, G. C. H. L. The role of hope in patients with cancer. **Oncology nursing forum**, v. 34, n. 2, p. 415, 2007. Disponível em: <<https://search.proquest.com/openview/aa8623b06cce6e53fae7e3daf525f3eb/1?pq-origsite=gscholar&cbl=37213>>. Acesso em: 13 mar. 2020.

CHOW, L. Q. M. Head and neck cancer. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 1, p. 60 - 72, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1056/NEJMra1715715>>. Acesso em: 13 out. 2020.

COLLAZO-LORDUY, A.; CALVO, V.; PROVENCIO, M. Impacto del covid-19 en el campo de la oncología. **Anales RANM**, v. 137, n. 2, p. 190-7, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.32440/ar.2020.137.02.rev11>>. Acesso em: 13 dez. 2020.

CORDÁS, T. A. Depressão: da bile negra aos neurotransmissores, uma introdução histórica. In: Depressão: da bile negra aos neurotransmissores, uma introdução histórica. Ed. Lemos, 2002. p. 103.

CORRÊA, K. M.; OLIVEIRA, J. D. B.; TAETS, G. G. C. C. Impacto na Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer em meio à Pandemia de Covid-19: uma Reflexão a partir da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Abraham Maslow. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 66, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1068>>. Acesso em: 12 jan. 2021.

CORYELL, W. Manual MSD. Versão para profissionais da saúde. **Transtornos depressivos**. 2018. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psiqui%C3%A1tricos/transtornos-do-humor/transtornos-depressivos#v1028038_pt>. Acesso em: 01 nov. 2019.

COSTA, D. T. et al. Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 3, p. 640-5, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0358>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

CUCHE, H.; GERARD, A.; APPENZELLER, M. **Não aguento mais**: um guia para compreender e combater a depressão. Papirus, 1994.

DAI, M. et al. Patients with cancer appear more vulnerable to SARS-COV-2: a multicenter study during the COVID-19 outbreak. **Cancer discovery**, v. 10, n. 6, p. 783-91, 2020. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1158/2159-8290.CD-20-0422>>. Acesso em: 23 jan. 2021.

DENYS, A. et al. Interventional oncology at the time of COVID-19 pandemic: problems and solutions. **Diagnostic and Interventional Imaging**, v. 101, n. 6, p. 347-53, 2020. Disponível em : <<https://doi.org/10.1016/j.diii.2020.04.005>>. Acesso em: 15 dez. 2020

DI MASO, M. et al. Red meat and cancer risk in a network of case–control studies focusing on cooking practices. **Annals of oncology**, v. 24, n. 12, p. 3107-12, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/annonc/mdt392>>. Acesso em: 16 ago. 2019.

DIOS, P. D.; LESTÓN, J. S. Oral cancer pain. **Oral oncology**, v. 46, n. 6, p. 448-51, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2010.02.017>>. Acesso em: 10 de abr. 2019.

DUARTE, I. V.; RODICZ, A. M. Depressão em oncologia: Um olhar da psicologia. **Psicologia Argumento**, v. 31, n. 75, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.31.075.AO08>>. Acesso em: 18 jan. 2020.

DUFAULT, K.; MARTOCCHIO, B.C. Symposium on compassionate care and the dying experience. Hope: its spheres and dimensions. **The Nursing Clinics of North America**, v. 20, n. 2, p. 379-91, 1985. disponível em: <<https://europepmc.org/article/med/3846980>>. Acesso em: 04 ago. 2019.

ENTRALGO, P. La espera y la esperanza. Historia y Teoría de esperar humano. **Madrid Revista de Occidente**. 1957, p. 585. Disponível em: <<http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmctj0f7>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

ETTINGER, K. S.; GANRY, L.; FERNANDES, R. P. P. Oral cavity cancer. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics**, v. 31, n. 1, p. 13-29, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.coms.2018.08.002>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

FANN, J. R. et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. **General hospital psychiatry**, v. 30, n. 2, p. 112-26, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.10.008>>. Acesso em: 25 ago. 2020.

FELDER, B.E. Hope and coping in patients with cancer diagnoses. **Cancer nursing**, v. 27, n. 4, p. 320-24, 2004. Disponível em: <https://journals.lww.com/cancernursingonline/Abstract/2004/07000/Hope_and_Coping_in_Patients_With_Cancer_Diagnoses.9.aspx>. Acesso em 10 abr. 2020.

FERREIRA, L. F. et al. A Influência da Espiritualidade e da Religiosidade na Aceitação da Doença e no Tratamento de Pacientes Oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 2, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.422>>. Acesso em: 28 jan. 2021.

FONTELLES, M. J. et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista paraense de medicina**, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009. Disponível em: <https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2019.

FRAGUAS JR, R. et al. The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. **Journal of affective disorders**, v. 91, n. 1, p. 11-17, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.12.003>>. Acesso em: 23 jan. 2020.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. Editora Sinodal, 2013.

FURLANETTO, L. M.; BRASIL, M. A. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 1, p. 8-19, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0047-20852006000100002>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

GALLEGOS-HERNÁNDEZ, J. F. El cáncer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención. **Cirugía y Cirujanos**, v. 74, n. 4, p. 287-293, 2006. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?id=KTaBuA7tqOMC&lpg=PA287&ots=kxJ1vEyS-](https://books.google.com.br/books?id=KTaBuA7tqOMC&lpg=PA287&ots=kxJ1vEyS-2&dq=El%20c%C3%A1ncer%20de%20cabeza%20y%20cuello.%20Factores%20de%20riesgo%20y%20prevenci%C3%B3n&hl=pt-BR&pg=PA287#v=onepage&q=El%20c%C3%A1ncer%20de%20cabeza%20y%20cuello.%20Factores%20de%20riesgo%20y%20prevenci%C3%B3n&f=false)

[2&dq=El%20c%C3%A1ncer%20de%20cabeza%20y%20cuello.%20Factores%20de%20riesgo%20y%20prevenci%C3%B3n&hl=pt-BR&pg=PA287#v=onepage&q=El%20c%C3%A1ncer%20de%20cabeza%20y%20cuello.%20Factores%20de%20riesgo%20y%20prevenci%C3%B3n&f=false](https://books.google.com.br/books?id=KTaBuA7tqOMC&lpg=PA287&ots=kxJ1vEyS-2&dq=El%20c%C3%A1ncer%20de%20cabeza%20y%20cuello.%20Factores%20de%20riesgo%20y%20prevenci%C3%B3n&hl=pt-BR&pg=PA287#v=onepage&q=El%20c%C3%A1ncer%20de%20cabeza%20y%20cuello.%20Factores%20de%20riesgo%20y%20prevenci%C3%B3n&f=false)>. Acesso em: 08 jun. 2019.

GARABILES, M. R. et al. Psychometric Validation of PHQ-9 and GAD-7 in Filipino Migrant Domestic Workers in Macao (SAR), China. **Journal of Personality Assessment**, v. 102, n. 6, p. 1-12, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/00223891.2019.1644343>>. Acesso em: 06 out. 2020.

GARAVELLO, W. et al. Diet diversity and the risk of laryngeal cancer: a case-control study from Italy and Switzerland. **Oral oncology**, v. 45, n. 1, p. 85-9, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2008.02.011>>. Acesso em: 04 jul. 2019.

GARCÍA, P. B.; ALGAR, M. J. M. Tratamiento farmacológico de la depresión en cáncer. **Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología**, v. 13, n. 2, p. 249-70, 2016. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5794453>>. Acesso em: 02 jan. 2019.

GAŹDZICKA, J. et al. Epigenetic modifications in head and neck cancer. *Biochemical genetics*, v. 58, n. 2, p. 213-44, 2020. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10528-019-09941-1>>. Acesso em 16 nov. 2020.

GRANDIZOLI, M. V. et al. Indicadores de esperança, ansiedade e depressão de pacientes em tratamento oncológico. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 24, n. 3, p. 65-70, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.3.2017.718>>. Acesso em: 05 fev. 2020.

GRAPP, M. et al. Screening for depression in cancer patients using the PHQ-9: The accuracy of somatic compared to non-somatic items. **Journal of affective disorders**, v. 254, p. 74-81, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.026>>. Acesso em 13 out. 2020.

GRUPO BRASILEIRO DE CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO (GBCP). **O Câncer de Cabeça e Pescoço no GLOBOCAN 2018**. 2018. Disponível em: <<https://www.gbcp.org.br/o-cancer-de-cabeca-e-pescoco-no-globocan-2018/>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

GUCLU, Y. A. A Hope-enhancement Instrument for Palliative Care Cancer Patients. **Cureus**, v. 11, n. 8, p. 1-15, 2019. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.7759/cureus.5342>>. Acesso em: 07 jun. 2020.

GUIMARÃES, A. G. C.; ANJOS, A. C. Y. Caracterização Sociodemográfica e Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Câncer de Mama em Tratamento Quimioterápico Adjuvante. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58 n.4, p. 581-92, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n4.560>>. Acesso em: 23 jun. 2019.

HAMMER, K.; MOGENSEN, O.; HALL, E. O. C. Hope as experienced in women newly diagnosed with gynecological cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 13, n. 4, p. 274-9, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.02.004>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

HARTUNG, T. J. et al. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) as screening instruments for depression in patients with cancer. **Cancer**, v. 123, n. 21, p. 4236-43, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/cncr.30846>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

HERTH, K. A. The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. **Oncology Nursing Forum**, v. 16, n. 1, p. 67-72, 1988. Disponível em: <<https://europepmc.org/article/med/2911529>>. Acesso em 18 jun. 2019.

HERTH, K. Development and refinement of an instrument to measure hope. *Research and Theory for Nursing Practice*, v. 5, n. 1, p. 39-51, 1991. Disponível em: <<https://search.proquest.com/openview/26bef71b4e3dbf8f219016254b790c3f/1?pq-origsite=gscholar&cbl=28849>>. Acesso 18 abr. 2019.

HERTH, K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. **Journal of advanced nursing**, v. 17, n. 10, p. 1251-59, 1992. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

HIRSHOREN, N.; WEINBERGER, J. M.; ELIASHAR, R. Head and neck malignancies classification, the 8th edition of the American Joint Committee on Cancer - what is new?. **Harefuah**, v. 159, n. 1, p. 132-36, 2020. Disponível em: <<https://europepmc.org/article/med/32048495>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, suppl.2, p. 2-9, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>>. Acesso em: 25 mai. 2019.

HOSPITAL ERASTO GAERTNER (HEG). **Avaliação Mensal de Desempenho do Hospital Erasto Gaertner-Curitiba/Pr**. 2020. Disponível em: <[https://erastogaertner.com.br/arquivos/emails/Abificc_Dados_HEG_2020%20\(1\).pdf](https://erastogaertner.com.br/arquivos/emails/Abificc_Dados_HEG_2020%20(1).pdf)>. Acesso em: 07 jan. 2020.

_____. Liga Paranaense de Combate ao Câncer. **A Liga Paranaense de Combate ao Câncer ao longo da história. 2017**. Disponível em: <<https://erastogaertner.com.br/noticia/lpcc-comemora-70-anos-504>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

_____. **Serviço de Cabeça e Pescoço. 2019**. Disponível em: <https://erastogaertner.com.br/arquivos/relatorio2019/RA_2019-2020_WEB.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

_____. **Registro Hospitalar de Câncer - Avaliação de 2017. 2018**. Disponível em: <https://erastogaertner.com.br/arquivos/relatorio2018/RA_2018_V004_WEB2.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

HUANG, V. W.; IMAM, S. A.; NGUYEN, S. A. Head and neck survivorship care in the times of the SARS-CoV-2 pandemic. **Head & Neck**, v. 42, n. 7, p. 1664-7 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/hed.26235>>. Acesso em: 04 jan. 2021.

INFOCOP. Lá depresión reduce la esperanza de vida em pacientes de câncer. 2008. Disponível em: <http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2009>. Acesso em: 23 dez. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Incidência de Câncer no Brasil. 2018**. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil>>. Acesso em: 01 nov. 2019.

_____. **Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil. 2020**. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>>. Acesso em: 07 jan. 2021.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Pesquisa revela que mais da metade dos pacientes oncológicos reclama de saúde mental na pandemia. 2020**. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/pesquisa-revela-que-mais-da-metade-dos-pacientes-oncologicos-reclama-de-saude-mental-na-pandemia/13871/42/>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC) – **2020**. Disponível em: <<https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype>>. Acesso em 20 jan. 2021.

JAFARI, E. et al. Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patients. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, v. 5, p. 1362-6, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.288>>. Acesso 19 dez. 2020.

JAYASEKARA, R. et al. Cognitive behavioural therapy for older adults with depression: a review. **Journal of Mental Health**, v. 24, n. 3, p. 168-71, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.3109/09638237.2014.971143>>. Acesso em: 08 fev. 2019.

JOHANSEN, S.; CVANCAROVA, M.; RULAND, C. The Effect of Cancer Patients' and Their Family Caregivers' Physical and Emotional Symptoms on Caregiver

Burden. **Cancer Nurs.** v. 41n.2, p 91-99, 2018. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1097/NCC.0000000000000493>>. Acesso em: 03 set. 2019.

KERAWALA, C. et al. Oral cavity and lip cancer: United Kingdom national multidisciplinary guidelines. **The Journal of Laryngology & Otology**, v. 130, n. S2, p. S83-S89, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/S0022215116000499>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

KOWALSKI, L. P. et al. COVID-19 pandemic: effects and evidence-based recommendations for otolaryngology and head and neck surgery practice. **Head & neck**, v. 42, n. 6, p. 1259-67, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/hed.26164>>. Acesso em: 03 set. 2019.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, v. 16, n. 9, p. 606-13, 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

LIANG, W. et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. **The Lancet Oncology**, v. 21, n. 3, p. 335-7, 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30096-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30096-6)>. Acesso em: 05 jan. 2021.

LIDELL, E. Family support--a burden to patient and caregiver. **Eur J Cardiovasc Nurs**, v.1, n. 2, p. 149-52, 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/S1474-51510200004-X>>. Acesso em: 04 de jun. 2019.

LIMA, M. A. G.; BARBOSA, L. N. F.; SOUGEY, E. B. Avaliação do impacto na qualidade de vida em pacientes com câncer de laringe. **Revista da SBPH**, v. 14, n. 1, p. 18-40, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a03.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

LINGEN, M.W. et al. Low etiologic fraction for high-risk human papillomavirus in oral cavity squamous cell carcinomas. **Oral oncology**, v. 49, n. 1, p. 1-8, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2012.07.002>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

LIU, S. et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 4, p. e17-e18, 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)>. Acesso em: 09 jan. 2021.

LOPES, L. F. A filosofia da esperança contra o desespero. *Jornal Opção. Edição especial*, 2019. Disponível em: <<https://www.jornalopcao.com.br/opcao-cultural/a-filosofia-da-esperanca-contr-o-desespero-172610/#:~:text=A%20palavra%20esperan%C3%A7a%20vem%20do,estar%20e%20agir%20no%20mundo.&text=A%20esperan%C3%A7a%20ativa%20n%C3%A3o%20%C3%A9,eloquente%2C%20pensamento%20e%20a%C3%A7%C3%A3o%20cons>>. Acesso em: 23 nov. 2020.

LÓPEZ-MUÑOZ, F.; ALAMO, C. (Ed.). **Neurobiology of depression**. CRC Press, 2011.

LORA, C. A. C. Esperanza en Pacientes Oncológicos Paliativos hacia una revisión sistemática. **Psicooncología**, v. 15, n. 2, p. 261-86, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.61435>>. Acesso em: 04 ago. 2020.

LOU, S. et al. Study of psychological state of cancer patients undergoing radiation therapy during novel coronavirus outbreak and effects of nursing intervention. *Precision Medical Sciences*, v. 9, n. 2, p. 83-9, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/prm2.12026>>. Acesso em: 19 dez. 2020

LUPASCU, N. et al. Validation and cross-cultural adaptation of the depression Patient's Health Questionnaire–9 in the Romanian population of patients with Type 2 Diabetes Mellitus. **Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy**, v. 12, p. 841-9, 2019. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.2147/DMSO.S203099>>. Acesso em: 06 out. 2020.

MAGNANO, P. et al. A study of the Comprehensive State Hope Scale in Italian culture. **TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology**, v. 26, n. 2, 2019. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.4473/TPM26.2.8>>. Acesso em: 25 nov. 2020.

MANZAN, S. et al. Estresse em pacientes submetidos a Tratamento antineoplásico. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4487-500, 2016. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4487-4500>>. Acesso em: 06 jan. 2020.

MARQUES, C. **Oncologia: uma abordagem multidisciplinar**. Carpe Diem, 2016.

MARQUES, J. M. A.; ZUARDI, A. W. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. **General hospital psychiatry**, v. 30, n. 4, p. 303-10, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.02.001>>. Acesso em: 16 nov. 2020.

MEDEIROS, A. Y. B. V. et al. Psychological phases and meaning of life in times of social isolation due the COVID-19 pandemic a reflection in the light of Viktor Frankl. **Research, Society and Development**, v. 3131, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i5>>. Acesso em: 03 jan. 2021.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.

MENSI, C. et al. Sinonasal cancer and occupational exposure in a population-based registry. *International journal of otolaryngology*, v. 2013, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1155/2013/672626>>. Acesso em: 05 out. 2019.

MILLER, J. F. Development of an instrument to measure hope. 1986. Dissertation. University of Illinois, Chicago. Disponível em: <<https://sigma.nursingrepository.org/handle/10755/17082>>. Acesso em: 1 nov. 2019

MOK, E. et al. The meaning of hope from the perspective of Chinese advanced cancer patients in Hong Kong. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 16, n. 6, p. 298-305, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.6.48836>>. Acesso em: 07 abr. 2019.

MONDEN, N. et al. A review of head and neck cancer staging system in the TNM classification of malignant tumors. *Japanese journal of clinical oncology*, v. 49, n. 7, p. 589-95, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/jjco/hyz052>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

MORALIYAGE, H. et al. Cancer in Lockdown: Impact of the COVID-19 Pandemic on Patients with Cancer. **The oncologist**, v. 25, n. 1, p. 1-3, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/onco.13604>>. Acesso em: 05 jan. 2021.

MORENO N.S. **Esmo Summit Latin America 2019. Head Andneckcancer in Latinamerica**. 2019. Disponível em: <<https://oncologypro.esmo.org/content/download/196841/3545960/version/1/file/2019-ESMO-Summit-Latin-America-Head-Neck-Cancer-Latin-America-Nora-Sobrevilla.pdf>> Acesso em: 01 nov. 2019.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; SOARES, M. B. M. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 21, p. 24-40, 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000500006>>. Acesso em: 05 abr. 2019.

MORIARTY, A. S. et al. Screening and case finding for major depressive disorder using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. **General hospital psychiatry**, v. 37, n. 6, p. 567-76, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.06.012>>. Acesso em: 23 out. 2019.

MOROTE, R. et al. Resilience or hope? Incremental and convergent validity of the resilience scale for adults (RSA) and the Herth hope scale (HHS) in the prediction of anxiety and depression. **BMC psychology**, v. 5, n. 1, p. 1-13, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s40359-017-0205-0>>. Acesso em: 12 jan. 2020.

MUKHERJEE, S. **The emperor of all maladies: a biography of cancer**. Simon and Schuster, 2012.

MUNGROO, M.R.; KHAN, N.A.; SIDDIQUI, R. Novel coronavirus: current understanding of clinical features, diagnosis, pathogenesis, and treatment options. *Pathogens*, v. 9, n. 4, p. 1-11, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/pathogens9040297>>. Acesso em: 07 dez. 2020.

NASCIMENTO, C. C. et al. Desafios e Recomendações à Atenção Oncológica durante a Pandemia da Covid-19. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 66, p. 1-11, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1241>>. Acesso em: 14 dez. 2020.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH (NIH). **Cánceres de cabeza y cuello**. 2017. Disponível em: <<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cabeza-cuello/hoja-informativa-cabeza-cuello>>. Acesso em: 07 jan. 2021.

_____. **Depresión (PDQ®) – Versión para profesionales de salud**. 2019. Disponível em: <<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/depresion-pro-pdq>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

NOWOTNY, M. L. Assessment of hope in patients with cancer: development of an instrument. **Oncology nursing forum**, v. 16, n. 1, p. 57-61, 1989. Disponível em: <<https://europepmc.org/article/med/2911528>>. Acesso em: 25 nov. 2019.

OMORO, S. A. O. et al. Swahili translation and validation of the Patient Health Questionnaire-9 depression scale in the Kenyan head and neck cancer patient population. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 36, n. 3, p. 367-81, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.2190/8W7Y-0TPM-JVGV-QW6M>>. Acesso em: 12 mai. 2019.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo**. 2017. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354:aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839#:~:text=O%20novo%20relat%C3%B3rio%20global%20\(dispon%C3%ADvel,pessoas%20que%20vivem%20no%20Brasil](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354:aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839#:~:text=O%20novo%20relat%C3%B3rio%20global%20(dispon%C3%ADvel,pessoas%20que%20vivem%20no%20Brasil)>. Acesso em: 20 nov. 2020.

_____. **Depressão**. 2018. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>>. Acesso em: 20 nov 2020.

_____. **Câncer**. 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=2&Itemid=40735&lang=es>. Acesso em: 14 nov. 2019

ORNELL, F. et al. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 3, p. 232-35, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>>. Acesso em: 02 jan. 2021.

OSTUZZI, G. et al. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011006.pub3>>. Acesso em: 03 jan. 2019.

PAGET-BAILLY, S.; CYR, D.; LUCE, D. Occupational exposures and cancer of the larynx—systematic review and meta-analysis. **Journal of occupational and environmental medicine**, v. 54, n. 1, p. 71-84, 2012. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e31823c1343>>. Acesso em: 13 mai. 2019.

PALECZNA, M. Cancer as a chronic disease—a psychological perspective. **Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Nowotwory**, v. 3, n. 1, p. 29-33, 2018.

Disponível em: <

https://journals.viamedica.pl/biuletyn_pto/article/view/59248/44856>. Acesso 03 jan. 2019.

PAULA, J. M. et al. Symptoms of depression in patients with cancer of the head and neck undergoing radiotherapy treatment: a prospective study. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 362-8, 2012. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000200020>>. Acesso em: 26 nov. 2019.

PAULISTA, J. S. et al. Analysis of the quality of life in patients submitted to oncological treatment of the head and neck. **Bioscience Journal**, v. 36, n. 6, p. 2330-43, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.14393/BJ-v36n6a2020-48272>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

PFEFFERBAUM, B.; NORTH, C. S. Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*, v. 383, n. 6, p. 510-2, 2020. Disponível em:

<<https://dx.doi.org/10.1056/NEJMp2008017>>. Acesso em: 20 dez. 2020.

PFIZER. **Terms of use**. 2020. Disponível em:

<<http://www.pfizer.com/general/terms.jsp>>. Acesso em: 07 jan. 2021.

PINTO, S.; CALDEIRA, S.; MARTINS, J. C. A esperança da pessoa com cancro: estudo em contexto de quimioterapia. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 7, p. 23-31, 2012. Disponível em:

<<https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239966001.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

POLIT, D.F. Fundamentos de pesquisa em enfermagem 9 eds. Porto alegre: Artmed, 2019.

QUEVEDO, J.; SILVA, A. G.; NARDI, A. E. (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 248 p.

RAGHAV C.D. et al. **Epidemiology, Etiology and Natural history of Head and Neck Cancer**. In: STAFFIERI et al. (editors). *Essentials of head and neck cancer*. 1ed. Byword Publishers: New Delhi, 2011.

RAMADAM, Z. Depressão: da bile negra aos neuro-transmissores. Uma introdução histórica. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 32, n. 6, p. 343-344, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n6/a07v32n6.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2019.

REDLICH-AMIRAV, D. et al. Psychometric properties of Hope Scales: A systematic review. **International journal of clinical practice**, v. 72, n. 7, p. 1-23, 2018.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/ijcp.13213>>. Acesso em: 17 jan. 2020.

RETHMAN, M. P. et al. Evidence-based clinical recommendations regarding screening for oral squamous cell carcinomas. **The Journal of the American Dental Association**, v. 141, n. 5, p. 509-20, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.14219/jada.archive.2010.0223>>. Acesso em: 25 fev. 2020.

RIBEIRO, R. P.; RIBEIRO, B. G. A. Método de pesquisa quantitativa: uma abordagem prática. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2016. p.1-22.

RIBLET, N. et al. Addressing distress in patients with head and neck cancers: A mental health quality improvement project. **Journal of the National Comprehensive Cancer Network**, v. 12, n. 7, p. 1005-13, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.6004/jnccn.2014.0097>>. acesso em: 17 jan. 2020.

RINALDI, R. et al. Decision-making of patients with major depressive disorder in the framework of action control. **Cognitive Neuropsychiatry**, v. 25, n. 1, p. 71-83, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/13546805.2019.1685481>>. Acesso em: 07 de jan. 2020

RIPAMONTI, C. I. et al. Is it possible to encourage hope in non-advanced cancer patients? We must try. **Annals of Oncology**, v. 27, n. 3, p. 513-19, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/annonc/mdv614>>. Acesso em: 19 dez. 2019.

ROCHA, B. Q. C. et al. Características epidemiológicas de pacientes portadores de neoplasias de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia em Juiz de Fora–MG. *HU Revista*, v. 43, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.34019/1982-8047.2017.v43.2644>>. Acesso em: 23 nov. 2019.

ROCHA, P. T. et al. A influência da espiritualidade e da religiosidade no tratamento oncológico: percepção da pessoa com câncer. **Revista Tendências da Enfermagem Profissional**, v. 8, n. 4, p. 2031-36, 2016. Disponível em: <<http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2015/12/retep-8-4.pdf#page=33>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

ROCHA, Z. Esperança não é esperar, é caminhar. Reflexões filosóficas sobre a esperança e suas ressonâncias na teoria e clínica psicanalíticas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 10, n. 2, p. 255-73, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1415-47142007002005>>. Acesso em: 07 abr. 2019.

ROMITO, F. et al. Psychological distress in outpatients with lymphoma during the COVID-19 pandemic. **Frontiers in oncology**, v. 10, p. 1-6, 2020. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.3389/fonc.2020.01270>>. Acesso em: 02 jan. 2021.

RUSTØEN, T.; COOPER, B. A.; MIASKOWSKI, C. The importance of hope as a mediator of psychological distress and life satisfaction in a community sample of cancer patients. **Cancer nursing**, v. 33, n. 4, p. 258-67, 2010. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181d6fb61>>. Acesso em: 25 out. 2019.

RUSTØEN, T. et al. Rasch analysis of the Herth Hope Index in cancer patients. **Health and quality of life outcomes**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12955-018-1025-5>>. Acesso em: 18 fev. 2020.

SALES, C. A. et al. O sentimento de esperança em pacientes com câncer: uma análise existencial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 4, p. 659-67, 2014. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324032212013.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2019.

SANTOS, I. S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1533-43, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2013.v29n8/1533-1543/pt>>. Acesso em: 17 abr. 2020.

SARTORE, A. C. **Adaptação cultural e validação do Herth hope index para a língua portuguesa**: estudo em pacientes com doença crônica. 102 f. Dissertação (mestrado em enfermagem). Setor de ciências da saúde. Universidade de São Paulo. 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-20042007-132715/>>. Acesso em: 01 nov. 2019.

SARTORE, A. C.; GROSSI, S. A. A. Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 2, p. 227-32, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200003>>. Acesso em: 05 mai. 2019.

SAWADA, N. O.; DIAS, A. M.; ZAGO, M. M. F. O efeito da radioterapia sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 4, p. 323-9, 2006. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_52/v04/pdf/artigo1.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2020.

SCHIFF, B. A. Manual MSD. **Carcinoma oral de células escamosas**. 2018. Disponível em: <<https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-do-ouvido,-nariz-e-garganta/tumores-da-cabe%C3%A7a-e-do-pesco%C3%A7o/carcinoma-oral-de-c%C3%A9lulas-escamosas>>. Acesso em: 7 jan. 2021.

SCHUSTER, J.T. et al. Esperança e depressão em pacientes oncológicos em um hospital do sul do Brasil. **Revista AMRIGS**, v. 59, n. 2, p. 84-9, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Betine-Iser-2/publication/280882278_Esperanca_e_depressao_em_pacientes_oncologicos_em_um_hospital_do_sul_do_Brasil/links/55ca389b08aeb975674a472e/Esperanca-e-depressao-em-pacientes-oncologicos-em-um-hospital-do-sul-do-Brasil.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2019.

SEIBAEK, L.; HOUNSGAARD, L.; HVIDT, N. C. Secular, spiritual, and religious existential concerns of women with ovarian cancer during final diagnostics and start of treatment. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2013, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1155/2013/765419>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

SHANKAR, A. et al. Cancer care delivery challenges amidst coronavirus disease–19 (COVID-19) outbreak: specific precautions for cancer patients and cancer care providers to prevent spread. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 21, n. 3, p. 569-573, 2020. Disponível em:

<<https://dx.doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.3.569>>. Acesso em: 02 jan. 2021.

SHARMA, P. et al. A prospective study of prognostic factors for recurrence in early oral tongue cancer. **Journal of clinical and diagnostic research: JCDR**, v. 7, n. 11, p. 2559-62, 2013. Disponível em:

<<https://dx.doi.org/10.7860/JCDR/2013/6890.3611>>. Acesso em: 19 dez. 2019.

SHERRILL, C. et al. Effect of treating depressive disorders on mortality of cancer patients. **Cureus**, v. 9, n. 10, p. 1-7, 2017. Disponível em:

<<https://dx.doi.org/10.7759/cureus.1740>>. Acesso em: 03 out. 2019.

SHUMAN, A.G.; PENTZ, R.D. Cancer research ethics and COVID-19. **The Oncologist**, 2020. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1634/teoncologia.2020-0221>>. Acesso em: 16 jan. 2021.

SILVA, F. A. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um centro oncológico no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 1, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n1.455>>. Acesso em: 03 jan. 2021.

SILVA, M. R. et al. Polymorphisms of CHRNA3 and CHRNA5: Head and neck cancer and cigarette consumption intensity in a Brazilian population. *Molecular Genetics & Genomic Medicine*, v. 7, n. 12, p. 1-6, 2019. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1002/mgg3.998>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

SILVA, S. S.; AQUINO, T. A. A.; SANTOS, R. M. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Revista brasileira de terapias cognitivas**, v. 4, n. 2, p 73-89, 2008. Disponível em:

<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v4n2/v4n2a06.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA (SBCO). **Vias livres de Covid-19**. Versão 2c. 2020. Disponível em: <<https://sbco.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Vias-livres-de-COVID-SBCO-v2c.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGÍA MÉDICA (SEOM). 2021. Disponível em: <<https://seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/104033-tumores-cabeza-y-cuello-ori?showall=1>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SOLANO, J. P. C. et al. Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients. **BMC palliative care**, v. 15, n. 1, p. 1-8, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12904-016-0139-y>>. Acesso em: 01 mar. 2020.

SOLOMON, A. **O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão**. Editora Companhia das Letras, 2014.

SOTELO, J. L.; MUSSELMAN, D.; NEMEROFF, C. The biology of depression in cancer and the relationship between depression and cancer progression. **International Review of Psychiatry**, v. 26, n. 1, p. 16-30, 2014. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09540261.2013.875891>>. Acesso em: 13 jul. 2019.

SOUZA, C. A. C. Histórico dos antidepressivos, novos compostos e precauções – parte 1. **Psychiatric Online Brasil**, v. 18, n. 5, 2013. Disponível em: <<https://www.polbr.med.br/ano13/art0513.php>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

SPITZER, R. L. et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. **Jama**, v. 272, n. 22, p. 1749-56, 1994. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1001/jama.1994.03520220043029>>. Acesso em 18 mar. 2020.

STATBITE. Oropharyngeal cancers are an increasing proportion of all head and neck cancers. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 102, n. 19, p. 1457–1457. 2010. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1093/jnci/djq391>>. Acesso: 10 jan. 2021.

STRINGARIS, A. What is depression? **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 58, n. 12, p. 1287-89, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/jcpp.12844>>. Acesso em: 17 out. 2019.

TAYLOR, C. Rethinking hopelessness and the role of spiritual care when cure is no longer an option. **Journal of pain and symptom management**, v. 44, n. 4, p. 626-30, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.07.010>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

THOME, N.; GARCIA, N.; CLARK, K. Psychosocial needs of head and neck cancer patients and the role of the clinical social worker. **Multidisciplinary Care of the Head and Neck Cancer Patient**, v. 174, p. 237-48, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-65421-8_14>. Acesso em: 24 jul. 2019.

TIER, C. G. et al. Escalas de avaliação da depressão em idosos. **Revista baiana de enfermagem**, v. 21, n. 2/3, p. 27-36, 2007. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/4404/Escalas%20de%20avalia%c3%a7%c3%a3o%20da%20depress%c3%a3o%20em%20idosos.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 29 set. 2019.

TOH, H. C. Providing hope in terminal cancer: when is it appropriate and when is it not. **Annals Academy of Medicine Singapore**, v. 40, n. 1, p. 50-5, 2011.

TOMÁS, C. F. Estratégias de coping religioso: a espiritualidade como factor promotor de saúde e bem-estar. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, v. 2, n. 1, p. 483-9, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851784048.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

TORABI, M.; JAHANIAN, B.; AFSHAR, M. K. Quality of Life in Iranian Patients with Oral and Head and Neck Cancer. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 21, p. 1-9, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/pboci.2021.016>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

VAN BEEK, F. E. et al. The course of symptoms of anxiety and depression from time of diagnosis up to 2 years follow-up in head and neck cancer patients treated with primary (chemo) radiation. **Oral Oncology**, v. 102, p. 1-8, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2020.104576>>. Acesso em: 06 jan. 2021.

VAN DER DONK, L. J. et al. The value of distinct depressive symptoms (PHQ-9) to differentiate depression severity in cancer survivors: An item response approach. **Psycho-oncology**, v. 28, n. 11, p. 2240-43, 2019. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1002/pon.5192>>. Acesso em: 30 de nov. 2020.

WAHL, A. K. et al. The Norwegian version of the Herth Hope Index (HHI-N): a psychometric study. **Palliative & supportive care**, v. 2, n. 3, p. 255-63, 2004. Disponível em: <<https://search.proquest.com/openview/921c106f38e9aa71ab1d6f91bfe9b794/1?pq-origsite=gscholar&cbl=39238>>. Acesso em: 13 jul. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Coronavirus Disease (COVID-19)**. Dashboard. 2021. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>>. Acesso em: 07 mar. 2021.

_____. **Cancer**. 2014. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1>. Acesso em: 01 nov. 2019.

_____. **Cáncer**. 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

_____. **Cancer today**. Global cancer observatory. 2019. Disponível em: <<https://gco.iarc.fr/>>. Acesso em: 07 jan. 2021.

WU, Y. S. et al. Anxiety and depression in patients with head and neck cancer: 6-month follow-up study. **Neuropsychiatric disease and treatment**, v. 12, p. 1029-36, 2016. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.2147/NDT.S103203>>. Acesso em: 13 jan. 2020.

YAN, K.; AGRAWAL, N.; GOOI, Z. Head and Neck Masses. **Medical Clinics**, v. 102, n. 6, p. 1013-25, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.06.012>>. Acesso em: 30 nov. 2020.

ZIMMARO, L. A. et al. Depressive symptoms predict head and neck cancer survival: Examining plausible behavioral and biological pathways. **Cancer**, v. 124, n. 5, p. 1053-60, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/cncr.31109>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

ZHANG, L. et al. Clinical characteristics of COVID-19-infected cancer patients: a retrospective case study in three hospitals within Wuhan, China. *Annals of Oncology*, v. 31, n. 7, p. 894-901, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.03.296>>. Acesso em: 30 nov. 2020.

ZHOU, X. et al. The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. **Telemedicine and e-Health**, v. 26, n. 4, p. 377-9, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0068>>. Acesso em: 05 jan. 2021.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

1. Vimos, respeitosamente, por meio do presente documento, convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada Avaliação dos indicadores de depressão e esperança em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em estadiamento T1 a T4 (a ou b), em tratamento.
2. Caso você aceite participar da pesquisa, será necessário participar de uma entrevista, que será realizada pela pesquisadora Mercedes Nohely Rodríguez Torrealba, em local reservado no Hospital Erasto Gaertner (ambiente em que você possa se sentir confortável e poderá permanecer com seu acompanhante ou profissional da instituição, caso seja seu desejo), em data e horário que melhor lhe convier, agendado previamente;
3. Nessa entrevista será perguntado a você sobre seus dados pessoais e de vida, do processo de adoecimento e tratamento. E também serão utilizados dois questionários, o primeiro chamado Questionário de Saúde do Paciente, que em inglês é chamado Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), são perguntas de como você se sente nas últimas duas semanas; o questionário chamado Escala de Esperança Herth, com afirmativas de como você se sente frente à esperança;
4. O tempo de duração da entrevista será aberto, não sendo estabelecido um tempo máximo e você também poderá responder as perguntas que desejar e terá liberdade para fazer perguntas a Mercedes Nohely Rodríguez Torrealba, no momento que achar necessário;
5. A princípio a pesquisa não acarretará riscos ou danos a você, contudo poderá ocasionar sentimento de desconforto, pelas lembranças. Caso ocorra desorganização emocional, serão respeitadas as expressões de suas emoções e encerrada a entrevista naquele dia ou transferida em comum acordo com você se for necessário e também será assegurado o encaminhamento ao Serviço de Psicologia ofertado no Hospital;
6. A pesquisa não trará benefícios diretos a você, mas contribuirá para se conhecer como a pessoa em tratamento nesse hospital se sente em relação a momentos de esperança ou se vivencia sintomas depressivos;
7. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Profª Drª Nen Nalú Alves das

Mercês, que tem o endereço institucional na Av. Lothario Meissner, 632 - Bloco Didático II - 4º andar Jardim Botânico - Curitiba/PR CEP: 80210-170 (Campus Jardim Botânico, da Universidade Federal do Paraná), Celular: (41) 99961-4408. A pesquisadora mestranda Mercedes Nohely Rodríguez Torrealba tem o endereço institucional na Av. Lothario Meissner, 632 - Bloco Didático II - 3º andar Jardim Botânico - Curitiba/PR CEP: 80210-170 (Campus Jardim Botânico, da Universidade Federal do Paraná), celular (41) 9596-8722. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), no Hospital Erasto Gaertner- R Dr. Ovande do Amaral, 201. – Bairro Jardim das Américas – Fone: (41) 3361-5271;

8. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

9. O direito de confidencialidade das informações obtidas estará garantido e a análise dos dados será realizada em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente;

10. O direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores será mantido;

11. Afirmamos que não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa;

12. Asseguramos que os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa. Essa pesquisa resultará em uma dissertação de mestrado em enfermagem e será apresentada em eventos científicos da área da saúde e publicada em revistas científicas da área da saúde e estará à sua disposição.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim descrevendo o estudo “Avaliação dos indicadores de depressão e esperança em pacientes com câncer de cabeça e pescoço na cavidade oral e laringe em estadiamento T1 a T4 a ou b, em tratamento.

Eu discuti com Mercedes Nohely Rodríguez Torrealba sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou

claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Hospital.

Assinatura do paciente/representante legal

Data / / _



Assinatura da testemunha

Data / / _

Assinatura do Pesquisador

Data / /

APÊNDICE B – INSTRUMENTO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

		INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO PARTICIPANTE COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO			
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO					
Código de identificação do participante:					
Unidade ambulatorial ou internação:					
Data de atendimento ambulatorial ou internação:					
Data da entrevista:					
1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS					
Nome completo:					
Idade:			Sexo: () Feminino () Masculino		
Nº de filhos:		Cor da pele:		Cidade de origem:	
Escolaridade: Não frequentou a escola () Ensino fundamental Incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Universitário Incompleto () Universitário Completo ()			Religião: Não tenho religião / não acredito em Deus () Acredito em Deus, mas não sigo nenhuma religião () Católico () Evangélico () Espírita () Outro () Qual? _____		
Estado civil: Solteiro(a) () Casado(a) () União consensual () Divorciado(a) () Viúvo(a) () Outro(a) () Qual? _____			Ocupação laboral /profissão: Local onde trabalha: Cargo/função: Afastado para tratamento, desde: Invalidez/tempo de serviço: Renda mensal individual: Renda familiar: Aposentado: ____ / ____ / ____		
Endereço Residencial: Avenida/Rua:					
Nº		Bairro:		Complemento:	
Cidade:			Estado:		
Telefone: ()		/ Celular: ()		E-mail:	
2. DADOS CLÍNICOS					
Histórico da doença de depressão: sim () não () Diagnóstico: Data do Diagnóstico: Tratamento da depressão: Psicoterapia () Psicotrópico ()			Histórico da doença de câncer: Diagnóstico atual do câncer: Estadiamento (TNM): Fase da doença: 1ª remissão () 2ª remissão () 1ª recidiva () Resistente () Não se aplica ()		
Tratamento prévio: Quimioterapia () Químio + radio () Químio, radio e cirurgia () Químio e cirurgia () Cirurgia + radio () Apenas tratamento sintomático () Cuidados paliativos () Outros: _____			Tratamento atual: Quimioterapia () Químio + radio () Químio, radio e cirurgia () Químio e cirurgia () Cirurgia + radio () Apenas tratamento sintomático () Cuidados paliativos () Outros: _____		

FONTE: A autora (2020).

**ANEXO 1 – INSTRUMENTO PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9),
VERSÃO EM PORTUGUÊS**

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9) – Versão em Português				
Agora vamos falar sobre como o(a) Sr.(a) tem se sentido nas últimas duas semanas				
Respostas: (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias				
QUESTÕES	(0)	(1)	(2)	(3)
1) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?				
2) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?				
3) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?				
4) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?				
5) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve falta de apetite ou comeu demais?				
6) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?				
7) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?				
8) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?				
9) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr. (a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?				
10) Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?				

FONTE: Santos et al. (2013).

ANEXO 2 – ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH (EEH), VERSÃO EM PORTUGUÊS

ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH (EEH) – Versão em Português				
<p>Instruções: várias afirmações estão abaixo enumeradas. Leia cada afirmação e coloque um [X] na coluna que descreve o quanto você concorda com esta afirmação neste momento:</p> <p>(1) Discordo completamente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo completamente</p>				
QUESTÕES	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Eu estou otimista quanto à vida.				
2. Eu tenho plano a curto e longo prazos.				
3. Eu me sinto muito sozinho(a)				
4. Eu consigo ver possibilidade em meio às dificuldades.				
5. Eu tenho uma fé que conforta				
6. Eu tenho medo do meu futuro.				
7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos.				
8. Eu me sinto muito forte.				
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor.				
10. Eu sei aonde eu quero ir.				
11. Eu acredito no valor de cada dia.				
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.				

FONTE: Sartore (2007).

ANEXO 3 – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP

 ERASTO GAERTNER <small>COMBATE O Câncer com Humanismo, Ciência e Apoio</small>	HOSPITAL ERASTO GAERTNER - LIGA PARANAENSE DE COMBATE	
--	--	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE ESPERANÇA E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

Pesquisador: NEN NALÚ ALVES DAS MERCES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26947819.4.0000.0098

Instituição Proponente: LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CANCER

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.954.865

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo descritivo e transversal. A pesquisa será desenvolvida em um Hospital Oncológico filantrópico referência no Estado do Paraná, no ambulatório do Serviço de Cabeça e Pescoço. Com o objetivo de: Avaliar os indicadores de esperança e depressão maior em pacientes com câncer de cabeça e pescoço; Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico do paciente com câncer da cavidade oral em estadiamento T1 a T4 a ou b em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico; Identificar os níveis de depressão maior em pacientes com câncer da cavidade oral em estadiamento T1 a T4 a ou b em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, pelo Patient Health Questionnaire – 9; Identificar a esperança em pacientes com câncer da cavidade oral em estadiamento T1 a T4(a ou b) em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, pela escala de esperança de Herth. Os participantes serão 30 participantes com diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço na cavidade oral em estadiamento T1 a T4 (a ou b), em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, atendidos pelo Sistema único de Saúde (SUS). A coleta de dados está prevista para o período de fevereiro a julho de 2020 ou após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos. Para a coleta de dados serão utilizados três instrumentos, a seguir: Perfil sociodemográfico e clínico do paciente com câncer de cabeça e pescoço em a cavidade oral; o Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9), validado por Spitzer,

Endereço: Rua Dr. Ovande do Amaral 201	CEP: 81.520-060
Bairro: Jardim das Américas	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3361-5271	E-mail: cep@erastogaertner.com.br



HOSPITAL ERASTO
GAERTNER - LIGA
PARANAENSE DE COMBATE



Continuação do Parecer: 3.954.865

Williams e Kroenke 2001; e, a Escala de Esperança de Herth (EEH) construída e avaliada pela enfermeira e professora, Dra. Kaye Herth. Para a análise dos dados, as variáveis quantitativas serão descritas por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvio padrão. As variáveis categóricas serão expressas por frequências e percentuais; e, aplicado o teste exato de Fisher. Para avaliação da associação entre duas variáveis quantitativas, será estimado o coeficiente de correlação de Spearman. Será definido o valor de $p < 0,05$ para significância estatística. Os dados serão analisados utilizando o software livre R, versão 3.5.0.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar os indicadores de esperança e depressão maior em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico.

Objetivo Secundário: • Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico do paciente com câncer da cavidade oral em estadiamento T1 a T4 a ou b em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico; • Identificar os níveis de depressão maior em pacientes com câncer da cavidade oral em estadiamento T1 a T4 a ou b em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, pelo Patient Health Questionnaire – 9; • Identificar a esperança em pacientes com câncer da cavidade oral em estadiamento T1 a T4(a ou b) em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, pela escala de esperança de Herth.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A princípio a pesquisa não acarretará riscos ou danos aos participantes, contudo, poderá ocasionar sentimento de desconforto psicológico e sofrimento psíquico, provocados por lembranças ou ao pensar sobre a sua situação atual. Caso ocorra desorganização emocional ou mobilização de emoções desconfortáveis serão respeitadas as expressões de suas emoções e encerrada a coleta de dados naquele dia ou transferida em comum acordo, se for necessário. Caso o participante apresente quadro de desorganização emocional ou mobilização de emoções desconfortáveis, será contactado a(o) enfermeira(o) do Serviço de Cabeça e Pescoço relatando o ocorrido, para que seja comunicado o Serviço de Psicologia da instituição no ramal 5011, encaminhando o paciente para acolhimento e suporte ou se este participante está em acompanhamento por um profissional da psicologia do hospital, para que o mesmo seja encaminhado para o seu Psicólogo de referência. E, não sendo possível no momento será orientado ao participante realizar agendamento junto ao Serviço de Psicologia. Como a pesquisa aborda a temática da depressão informaremos ao médico assistente, enfermeiro especialista e Serviço de Psicologia semanalmente a relação dos pacientes que serão selecionados e recrutados.

Endereço: Rua Dr. Ovide de Amaral 201

Bairro: Jardim das Américas

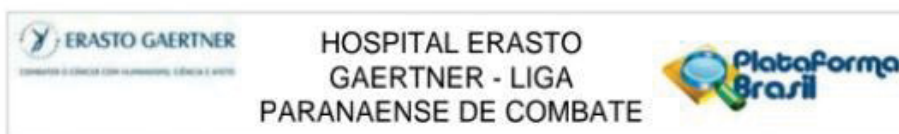
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3361-5271

CEP: 81.520-060

E-mail: cep@erastogaertner.com.br



Continuação do Parecer: 3.954.865

Ressaltamos, que no caso do resultado da avaliação da depressão maior, apontar sinais e sintomas de depressão, para garantir sua integridade física e psíquica, comunicaremos ao médico assistente e ao Serviço de Psicologia sobre o resultado, atentando para o sigilo do participante, mas possibilitando que ele possa ter as avaliações e intervenções subsequentes pela equipe de saúde da Instituição, sobre seu quadro de depressão.

Benefícios: Esta pesquisa não trará benefícios imediatos aos participantes, mas contribuirá para o conhecimento através dos resultados, com a utilização de escalas validadas e utilizadas em nível internacional, ampliando o conhecimento na área da saúde. Os benefícios para instituição serão indiretos. A partir da realização da pesquisa, será possível retornar à instituição os dados e informações obtidas com o estudo e trará um perfil dos pacientes pesquisados em relação ao estado depressivo e a esperança, bem como a participação da Instituição de um projeto com bolsa financiada pela CAPES.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todas as três pendências evidenciadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa foram respondidas de forma clara e satisfatória, bem como incorporadas ao referido estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios e considerações apresentados satisfatoriamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:


O projeto está de acordo conforme itens acima analisados, sem lista de inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:


Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1476769.pdf	27/12/2019 16:40:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa.pdf	27/12/2019 16:39:30	NEN NALU ALVES DAS MERCES	Aceito
Outros	Ficha_coleta_de_dados.pdf	27/12/2019 16:33:25	NEN NALU ALVES DAS MERCES	Aceito
Outros	Carta_ao_CEP_Pendencias.pdf	27/12/2019 16:29:31	NEN NALU ALVES DAS MERCES	Aceito

Endereço: Rua Dr. Ovide do Amaral 201
Bairro: Jardim das Américas **CEP:** 81.520-060
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3361-5271 **E-mail:** cep@erastogaertner.com.br



ERASTO GAERTNER
CONSTRUINDO A SAÚDE COM HUMANEZAMENTO, CIENTÍFICA E ARTES

**HOSPITAL ERASTO
GAERTNER - LIGA
PARANAENSE DE COMBATE**



Continuação do Parecer: 3.954.865

Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	12/12/2019 15:38:35	Mercedes Nohely Rodriguez Torrealba	Aceito
Outros	ficha_de_coleta_de_dados_anexo1.pdf	25/11/2019 20:55:21	Mercedes Nohely Rodriguez Torrealba	Aceito
Outros	ficha_de_coleta_de_dados_anexo2pdf.pdf	25/11/2019 20:52:28	Mercedes Nohely Rodriguez Torrealba	Aceito
Outros	Declaracao_de_uso_especifico_do_material_ou_dados_coletados.pdf	25/11/2019 20:44:39	Mercedes Nohely Rodriguez Torrealba	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade.pdf	25/11/2019 20:39:47	Mercedes Nohely Rodriguez Torrealba	Aceito
Outros	Concordancia_do_servico_de_cabeca_e_pescoco.pdf	25/11/2019 20:33:10	Mercedes Nohely Rodriguez Torrealba	Aceito
Outros	Concordancia_do_servico_oncologia_clinica.pdf	25/11/2019 20:32:42	Mercedes Nohely Rodriguez Torrealba	Aceito
Outros	Concordancia_do_servico_psicologia.pdf	25/11/2019 20:32:05	Mercedes Nohely Rodriguez Torrealba	Aceito
Outros	Ficha_do_Resumo.pdf	25/11/2019 20:01:04	Mercedes Nohely Rodriguez Torrealba	Aceito
Outros	orcamento.pdf	25/11/2019 19:58:39	Mercedes Nohely Rodriguez Torrealba	Aceito
Outros	cronograma.pdf	25/11/2019 19:57:19	Mercedes Nohely Rodriguez Torrealba	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa.pdf	25/11/2019 17:32:27	Mercedes Nohely Rodriguez Torrealba	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_do_projeto.pdf	25/11/2019 17:22:47	Mercedes Nohely Rodriguez Torrealba	Aceito
Outros	Ficha_de_coleta_de_dados.pdf	25/11/2019 17:21:43	Mercedes Nohely Rodriguez Torrealba	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf	25/11/2019 17:20:15	Mercedes Nohely Rodriguez Torrealba	Aceito
Outros	Termo_de_responsabilidade_do_pesquisador.pdf	25/11/2019 17:19:22	Mercedes Nohely Rodriguez	Aceito

Endereço: Rua Dr. Ovide do Amaral 201**Bairro:** Jardim das Américas**CEP:** 81.520-060**UF:** PR**Município:** CURITIBA**Telefone:** (41)3361-5271**E-mail:** cep@erastogaertner.com.br

 ERASTO GAERTNER <small>CONHECIMENTO É O CAMINHO PARA O BEM-ESTAR, CUIDADO É A VIDA</small>	HOSPITAL ERASTO GAERTNER - LIGA PARANAENSE DE COMBATE	
--	--	---

Continuação do Parecer: 3.954.865

Outros	Termo_de_responsabilidade_do_pesquisador.pdf	25/11/2019 17:19:22	Torrealba	Aceito
Outros	Qualificacao_dos_pesquisadores.pdf	25/11/2019 17:17:52	Mercedes Nohely Rodríguez Torrealba	Aceito
Outros	Declaracao_do_orientador.pdf	25/11/2019 17:09:34	Mercedes Nohely Rodríguez Torrealba	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura_pesquisa.pdf	25/11/2019 16:58:36	Mercedes Nohely Rodríguez Torrealba	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 05 de Abril de 2020

Assinado por:
Jeanine Marie Nardin
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Dr. Ovide do Amaral 201 Bairro: Jardim das Américas UF: PR Município: CURITIBA Telefone: (41)3361-5271	CEP: 81.520-060 E-mail: cep@erastogaertner.com.br
--	--